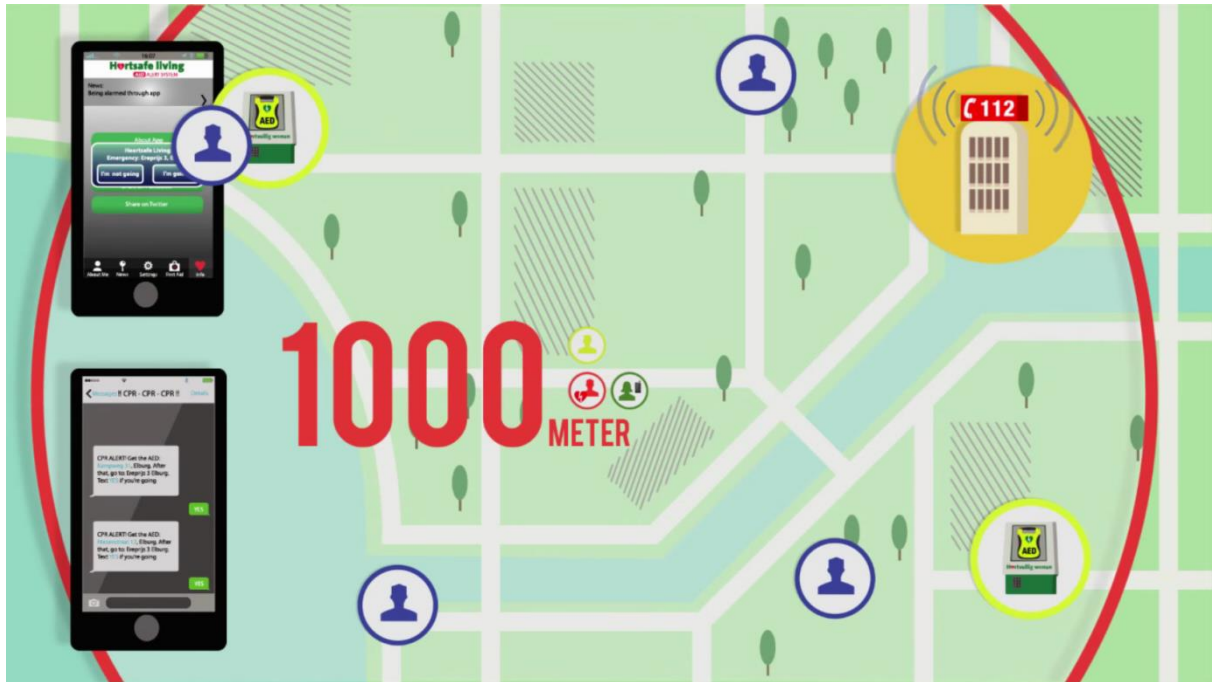


Hartveilig wonen: wie doen er mee?

Een onderzoek naar de demografische en psychosociale determinanten die samenhangen met deelname aan Hartveilig wonen in verschillende gebieden in de regio Noord- en Oost-Gelderland.



Scriptie Universiteit Twente, Gezondheidspsychologie, Faculteit Gedragwetenschappen

Robin Valkeman; Master student Gezondheidspsychologie

r.h.g.valkeman@student.utwente.nl / 06-38316022

Opdrachtgever:

GHOR Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland

Witte Kruis

Begeleiding:

Dr. E. Taal (Universiteit Twente)

Dr. M. Kuttschreuter (Universiteit Twente)

Dhr. J. Korswagen MM&I (GHOR)



veiligheidsregio
**Noord- en Oost-
Gelderland**

Apeldoorn, 23-02-2015

Samenvatting

Hartveilig wonen (HVW) is een netwerk waarbij vrijwilligers worden ingezet om mensen met een hartstilstand sneller van hulp te kunnen voorzien. Omdat dit netwerk het best functioneert met veel vrijwilligers, is HVW continu bezig met werving. In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de demografische en psychosociale determinanten die samenhangen met deelname aan HVW in verschillende gebieden in de regio Noord- en Oost-Gelderland (NOG). Dit kan HVW in de toekomst helpen vrijwilligers te werven en te behouden.

Er is op basis van literatuur en een kwalitatief vooronderzoek een model opgesteld waarin alle relevante determinanten zijn meegenomen die een voorspellende waarde op (intentie tot) deelname aan HVW lijken te hebben. De theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991) dient in dit model als basis (attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole), waaraan drie determinanten zijn toegevoegd op basis van het kwalitatief vooronderzoek (angst, altruïsme en ervaring). Aan de hand van het model is een online vragenlijst ontwikkeld welke is verspreid binnen rurale en urbane gebieden in NOG.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de intentie tot deelname aan HVW wordt voorspeld door behavioral beliefs normen en attitude. De daadwerkelijke deelname aan HVW word voorspeld door angst, behavioral beliefs normen, waargenomen gedragscontrole oproep en attitude. Op waargenomen gedragscontrole oproep en ervaring na, bestaan er geen verschillen tussen rurale en urbane gebieden betreffende demografische variabelen of opvattingen over HVW.

Op basis van de bevindingen uit deze scriptie worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Houd rekening, bij het werven en behouden van vrijwilligers, met stimulansen (behavioral beliefs normen & attitude) en barrières (waargenomen gedragscontrole oproep & angst) in de keuze om deel te nemen aan HVW.
2. Richt de werving op mensen die al vanuit hun professie betrokken zijn bij zorg, hulpverlening of veiligheid.
3. Zorg voor meer bekendheid van HVW onder reanimisten.
4. Doe onderzoek naar een conceptualisatie van de inzet van burgers in het geval van rampen en crises.
5. Doe onderzoek naar de verschillen tussen rurale en urbane gebieden in een regio waar sprake is van een groter contrast in mate van stedelijkheid dan in NOG.

Abstract

Hartveilig wonen (HVW) is a community that uses volunteers in order to help victims of a heart stroke faster. Because this community functions best with as many volunteers as possible, HVW is recruiting continuously. This paper investigates the demographic and psychosocial determinants that are associated with participation in HVW, in various areas in North- and East Gelderland. The results of this paper can be used to help HVW recruit and retain volunteers.

Based on (scientific) literature and a qualitative preliminary research a model was developed which contains all relevant determinants that seem predictors of (intention to) participation in HVW. The Theory of Planned Behaviour (TPB) (Ajzen, 1991) is the basis of the model. The TPB uses attitude, social norm and perceived behaviour control to predict behaviour. Based on the results of the qualitative preliminary research this model was extended with fear, altruism and experience. Based on this model a questionnaire was developed which was distributed within both rural and urban areas in North- and East Gelderland.

The results of this paper show that the intention to participate in HVW can be predicted by behavioural beliefs norms and attitude. The actual participation can be predicted by fear, behavioural beliefs norms, perceived behavioural control when called up and attitude. Besides perceived behavioural control when called up and experience, there are no differences between rural and urban areas regarding demographic variables and attitude towards HVW.

Based on the research findings the following recommendations can be done:

1. While recruiting and retaining volunteers, keep in mind the stimuli (behavioural beliefs norms & attitude) and barriers (fear & behavioural control when called up) that influence the choice to participate in HVW.
2. Focus the recruitment on people that are professionally involved with healthcare, social assistance or security.
3. Create more awareness about HVW under CPR-practitioners.
4. Research the conceptualisation of the deployment of citizens in case of disasters and crises.
5. Research the differences between rural and urban areas in a region where there is more contrast in urbanism than in North- and East- Gelderland.

Voorwoord

‘Het is allemaal nog een beetje, ja je doet het of je doet het niet, maar als je echt een sms’je krijgt, je moet er naar toe, ja dan is het wel andere koek. Dan komt het wel heel dichtbij.’

Dit is een van de uitspraken die werd gedaan in een interview met een reanimist over deelname aan HVW. De keuze om deel te nemen aan een reanimatienetwerk als HVW lijkt eenvoudiger dan deze in werkelijkheid is. Waar de reanimist in het ene geval geen vertrouwen heeft in de eigen reanimatievaardigheden, denkt men in het andere geval niet om te kunnen gaan met de psychische nasleep van een reanimatie. In dit onderzoek wordt gekeken naar de kenmerken en motivaties van reanimisten in hun keuze om deel te nemen aan HVW. Wanneer duidelijk wordt wie de reanimist is en waarom hij meedoet, kan deze kennis gebruikt worden voor het werven en behouden van vrijwilligers.

In de afgelopen tien maanden ben ik bezig geweest met het schrijven van deze scriptie en ben ik in contact geweest met veel mensen die op de een of andere manier affiniteit hebben met HVW. Dit varieerde van reanimisten die twijfelden of ze deel willen nemen aan het project, tot de manager van HVW, welke voortdurend in de weer is met het werven van nieuwe vrijwilligers. Gedurende dit proces heb ik gemerkt dat HVW een project is wat de mensen zowel figuurlijk als letterlijk aan het hart gaat.

Met het afronden van deze scriptie is er ook een einde gekomen aan mijn master Gezondheidspsychologie. Het schrijven van deze scriptie is niet altijd zonder slag of stoot gegaan, maar is uiteindelijk, door enige sturing op het juiste moment, toch tot een mooi eindproduct gekomen. Gedurende dit schrijfproces zijn een aantal mensen nauw betrokken geweest waar ik hier nog een kort dankwoord aan wil richten. Allereerst wil ik Jimmy Korswagen bedanken voor de tijd en moeite die hij in mij heeft gestoken. In een periode van in totaal een jaar, waarin het schrijfproces niet altijd even hard ging, heeft Jimmy mij door zijn vertrouwen en positiviteit telkens weer verder door het afstudeerproces weten te trekken. Daarnaast wil ik graag Erik Taal en Margot Kuttschreuter bedanken voor de tijd die zij elke keer weer namen om mij van feedback op het verslag te voorzien. Tot slot wil ik nog graag HVW bedanken voor het meedenken en het verzamelen van de respondenten. Ik hoop dat dit onderzoek kan bijdragen in de missie om heel Nederland Hartveilig te krijgen!

Robin Valkeman

Februari 2015

Inhoud

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	7
1.1 Achtergrond.....	7
1.1.1 Hartstilstand: de cijfers.....	7
1.1.2 Hartstilstand: oorzaak en behandeling.....	8
1.1.3 Hartstilstand: overlevingskans.....	9
1.1.4 Hartveilig wonen	11
1.2 Opdrachtgever	12
1.2.1 GHOR Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland	13
1.2.2 GHOR.....	14
1.2.3 Witte Kruis	14
1.3 Zelfredzaamheid en burgerparticipatie als beleidskader	14
1.4 Relevantie.....	15
2. Theoretisch kader	17
2.1 Theorie van gepland gedrag	17
2.2 Theorie van gepland gedrag en burgerhulpverlening	18
2.3 Aanvullende determinanten.....	19
2.3.1 Altruïsme	20
2.3.2 Angst	20
2.3.3 Ervaring.....	21
2.3.4 Woonomgeving	21
2.4 Model	22
2.5 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	22
3. Methode.....	24
3.1 Respondenten en procedure.....	24
3.2 Vragenlijst	25
3.2.1 Demografische variabelen	26
3.2.2 Theorie van gepland gedrag	26
3.2.3 Aanvullende determinanten.....	29
3.3 Analyse.....	30
3.4 Power analyse.....	32

3.5 Ethische aspecten	32
4. Resultaten	33
4.1 Respondenten	33
4.2 Voorspellers (intentie tot) deelname aan HVW	36
4.2.1 Intentie tot deelname aan HVW	36
4.2.2 Voorspellers deelname aan HVW	39
4.3 Mediatie.....	42
4.4 Verschillen rurale & urbane gebieden.....	43
4.5 Extra vragen HVW/GHOR.....	45
4.5.1 Waarom aangemeld.....	45
4.5.2 Waarom niet aangemeld	46
4.5.3 Bereidheid hulpverlening bij rampen/crises	47
5. Conclusie & discussie	48
5.1 Voorspellers (intentie tot) deelname aan HVW	49
5.1.1 Intentie tot deelname aan HVW	49
5.1.2 Deelname aan HVW.....	50
5.2 Mediatie.....	52
5.3 Verschillen rurale & urbane gebieden.....	53
5.4 Extra vragen HVW/GHOR.....	54
5.5 Implicaties en Limitaties	55
6. Aanbevelingen.....	57
6.1 Werving.....	57
6.2 Vervolgonderzoek	59
7. Literatuurlijst.....	60
8. Bijlagen	66
Appendix A. Kwalitatieve vooronderzoek.....	66
Appendix B. Interview schema: mondeling	75
Appendix C. Interview schema: schriftelijk.....	77
Appendix D. Vragenlijst.....	80
Appendix E. Assumpties regressieanalyse	94

1. Inleiding

Elke week zijn er in Nederland 300 mensen slachtoffer van een circulatiestilstand, in de volksmond ook wel hartstilstand genoemd. Dit komt neer op meer dan 15.000 mensen per jaar (Hartstichting jaarverslag, 2013). Snelle hulp is in het geval van een hartstilstand van groot belang. Wanneer iemand binnen 6 minuten na een hartstilstand gereanimeerd en gedefibrilleerd wordt, is de kans op overleven relatief groot, namelijk 50 tot 75%. In de realiteit overleeft echter slechts 5 tot 10% een hartstilstand (Berdowski, Waalewijn & Koster, 2006). De belangrijkste oorzaak dat een relatief laag percentage een hartstilstand overleeft, ligt in de tijd die professionele hulp nodig heeft om ter plaatse te komen. De gemiddelde tijd tussen een melding van een hartstilstand en het arriveren van de ambulance bij de het slachtoffer bedraagt 10.72 minuten (Ambulancedienst, 2008). Als er sneller hulp ter plaatse kan zijn, heeft dit een positieve invloed hebben op het overlevingspercentage. In 2009 is het Witte Kruis (de Regionale Ambulance Voorziening) het project Hartveilig wonen (HVW) gestart met als doel gezondheidswinst te behalen in de eerste minuten na een hartstilstand. Door de inzet van vrijwilligers maakt HVW het mogelijk dat meer slachtoffers van een hartstilstand binnen 6 minuten geholpen kunnen worden. De effectiviteit van dit project hangt volledig af van het aantal vrijwilligers. Hoe meer vrijwilligers zijn aangesloten bij HVW, hoe meer mensen geholpen kunnen worden. HVW is dan ook continu in de weer met het werven en behouden van vrijwilligers. Wanneer er inzichtelijk wordt gemaakt wie er deelneemt aan HVW en wat deze mensen motiveert, kan er in de toekomst effectiever gehandeld worden in het werven en behouden van vrijwilligers. Dit onderzoek gaat in op de kenmerken en motivaties van reanimesten in de regio Noord- en Oost-Gelderland (NOG) in hun keuze om deel te nemen aan HVW.

1.1 Achtergrond

Voordat er verder ingegaan wordt op deelname aan HVW wordt eerst een kader gevormd waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Door middel van een contextanalyse wordt verdieping gezocht in het fenomeen hartstilstand, de behandeling ervan en de overlevingskans.

1.1.1 Hartstilstand: de cijfers

Met 28% van het totale sterftecijfer zijn hart- en vaatziekten, op kanker na, de grootste doodsoorzaak in Nederland (Hartstichting cijferboek, 2013). Binnen deze categorie sterft een groot percentage aan een hartstilstand (Konings-Dalstra & Reitsma, 1999). Het incidentiecijfer van een hartstilstand op jaarbasis is 1 per 1061 inwoners (Slot, 2010). Naarmate de leeftijd toeneemt, neem het aantal gevallen ook sterk toe (Koster, 1999). De

gemiddelde leeftijd van iemand die te maken krijgt met een hartstilstand is 65 jaar. In 73% van de gevallen betreft het een man. In 66% van de gevallen vindt een hartstilstand bij iemand thuis plaats. De overige gevallen is dit op het werk, op straat of ergens anders (Hartstichting cijferboek, 2013).

1.1.2 Hartstilstand: oorzaak en behandeling

Het hart is verantwoordelijk voor het rondpompen van het bloed door het lichaam. Bij het rondpompen van het bloed maakt het hart gebruik van elektrische impulsen. Elke hartslag wordt voorafgegaan door een specifieke elektrische impuls, waardoor het uiteindelijke hartritme bepaald wordt. Wanneer deze elektrische impulsen van slag raken, wordt er gesproken van een hartritmestoornis (Slot, 2010). In 80 tot 90% van de gevallen vormt een hartritmestoornis de basis voor een hartstilstand (Nederlandse reanimatie Raad, 2001). Deze ritmestoornissen zijn vaak het gevolg van een hartinfarct, maar een hartstilstand kan ook komen door andere problemen met het hart, zoals een hartspierziekte, ontsteking van het hart of hartfalen (Slot, 2010).

Omdat bij een hartstilstand de werking van het hart wegvalt, stopt daarmee ook het rondpompen van het bloed door het lichaam. Doordat er geen bloed meer wordt rondgepompt stopt de circulatie van zuurstof door het lichaam, met als gevolg dat vitale lichaamsdelen, zoals de hersenen, zonder zuurstof komen te zitten. Door een zuurstof tekort in de hersenen vindt binnen enkele seconden na het ontstaan van een hartstilstand, een ineenstorting van alle lichaamsfuncties plaats, met bewusteloosheid als gevolg. Na vier tot zes minuten raken de hersenen onherstelbaar beschadigd door zuurstofgebrek. Daarna lopen ook andere organen schade op (Brouwer, 2002).

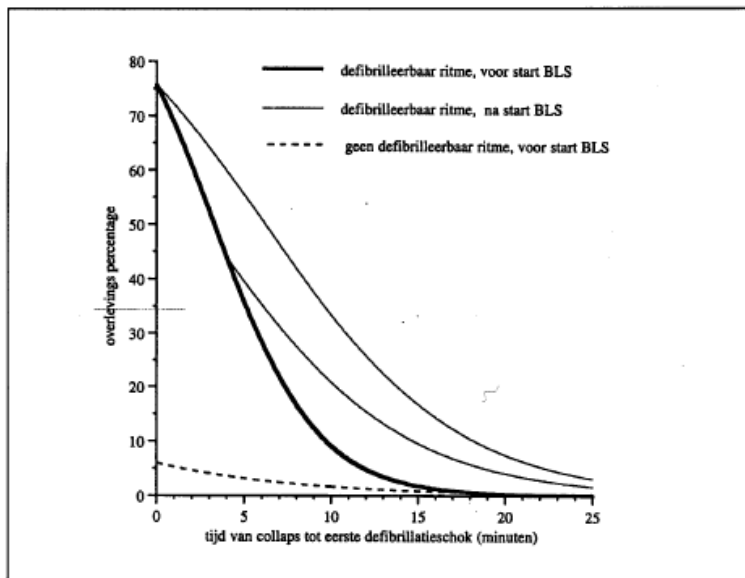
De eerste minuten na een hartstilstand blijft het hart nog een korte tijd naschokken, door het snel en onregelmatig samentrekken van de hartkamers. Dit wordt kamerfibrilleren genoemd, en houdt tussen de zes tot twaalf minuten aan (Palsma, 2001). Zolang er nog sprake is van kamerfibrilleren is het nog mogelijk om het hart weer op gang te brengen door middel van defibrillatie. Bij defibrillatie wordt het hart een schok toegediend, waarna het hart gereset wordt en het weer terug wordt gebracht tot het normale hartritme. Defibrillatie kan toegediend worden door defibrillatieapparatuur in het ziekenhuis of door een Automatische Externe Defibrillator (AED). AED's zijn externe apparaten die zo zijn ontworpen dat leken in staat zijn om iemand een defibrillatieschok toe te dienen. Door middel van 'plakkers' op de borst en een verbindingdraad kan een AED de elektrische impulsen van het hart waarnemen en een

hartfilmpje maken. Als de AED ventrikelfibrilleren detecteert is het in staat een stroomstoot af te geven (cardioversie). De elektrische impulsen van het hart worden zo gereset waarna weer een normaal ritme kan ontstaan (Slot, 2010).

1.1.3 Hartstilstand: overlevingskans

Snelle hulp in geval van een hartstilstand is van cruciaal belang. Wanneer iemand vier tot zes minuten onderhevig is aan een volledige hartstilstand, is herstel van de hersenfunctie al niet meer mogelijk. Het kamervibrilleren duurt echter zes tot twaalf minuten. Dit betekent dat er een tijdsvenster is waarin herstel van de hartfunctie nog mogelijk is maar iemand al onherstelbare hersenbeschadiging heeft opgelopen. Wanneer iemands hart weer op gang gebracht wordt nadat de hersenen al onherstelbaar beschadigd zijn, is herstel van de normale levensfunctie niet meer mogelijk (Voogt & Nieuwendijk, 1990).

Reanimatie in de vorm van hartmassage en mond-op-mond beademing zorgt voor een aanzienlijke stijging in de overlevingskans. Door het toepassen van reanimatie blijven de hersenen van zuurstof voorzien en blijft het kamervibrilleren langer op gang. Hierdoor wordt het tijdsvenster waarin iemand succesvol gedefibrilleerd kan worden, zonder hersenschade, een stuk groter (Palsma, 2001). In figuur 1 staat een afbeelding weergegeven, waarin is te zien wat de overlevingskansen zijn na een hartstilstand. Hierbij is de dikgedrukte lijn de overlevingskans na defibrillatie zonder dat er reanimatie plaatsvindt. De bovenste dunne lijn geeft de overlevingskans na defibrillatie weer wanneer er wel wordt gereanimeerd. Hoe eerder er begonnen wordt met reanimatie, des te minder hersenbeschadiging en hoe groter de kans dat defibrillatie daarna nog succesvol is. Reanimeren is op zichzelf niet voldoende om iemands hartslag weer op gang te brengen (Palsma, 2001).



Figuur 1. Overlevingskans hartstilstand. De curve geeft de kans op overleving aan. Hoe later iemand gedefibrilleerd wordt, hoe kleiner de kans op overleven. Elke minuut dat het defibrilleren later begint, daalt de overlevingskans met 10%. Wanneer iemand gereanimeerd wordt, is iemand langer gevoelig voor defibrillatie. De afkorting BLS staat voor Basic Life Support, wat als synoniem voor reanimatie gebruikt kan worden (Waalewijn, Vos & Koster, 1988).

De belangrijkste reden dat mensen een hartstilstand niet overleven is omdat hulp te laat komt. Dit ligt niet aan het feit dat er te weinig reanimisten in Nederland zijn. Nederland kent het hoogste aantal reanimisten ter wereld. Veertig procent van de volwassen Nederlanders heeft ooit een reanimatie cursus gevolgd waarvan 35% dat minder dan een jaar geleden nog heeft gedaan (Hartstichting Jaarverslag, 2011). In 90% van de meldingen van een hartstilstand is reanimatie dan ook al begonnen voordat de ambulance ter plekke is. Dit komt neer op een jaarlijkse reanimatie incidentie van 34 per 100.000 inwoners (Hartstichting Cijferboek, 2013).

De grootste oorzaak dat reanimatie bij een hartstilstand met kamervibrilleren mislukt, is het te laat komen van de defibrillatieschok. Zoals vermeld hebben ambulances een aanrijtijd van meer dan 10 minuten, waardoor ze voor de meeste slachtoffers te laat zijn. De AED is wat dat betreft een uitkomst, omdat men met zo een apparaat in de buurt niet afhankelijk is van de aanrijtijd van een ambulance. Er is op het moment een toename in het gebruik van de AED te zien. Waar in 2009 nog maar in 12% van de reanimaties gebruik werd gemaakt van een AED, was dit in 2012 al opgelopen tot 37% (Hartstichting Cijferboek, 2013). Dit is ook terug te zien in de overlevingspercentages na een hartstilstand. Sinds de verspreiding van AED's door heel

het land is er een terugloop geconstateerd in het aantal hartstilstanden met een dodelijke afloop. Waar in 2009 de 3-maanden overleving na een hartstilstand buiten het zieken huis nog 20% bedroeg was dit in 2012 al opgelopen tot 24% (Hartstichting Cijferboek, 2013). Hieruit blijkt dat de omstander van een hartstilstand een belangrijke schakel is, en van grote toegevoegde waarde kan zijn in een toename van het overlevingspercentage na een hartstilstand. HVW speelt in op de inzet van omstanders en het gebruik van AED's.

1.1.4 Hartveilig wonen

In 2009 is het Witte Kruis gestart met het project HVW omdat het de ambulancedienst niet altijd lukte om binnen de cruciale 6 minuten op locatie te zijn. HVW is een vorm van georganiseerde burenhulp waarbij een AED- en reanimatienetwerk zijn geïntegreerd in de hulpverleningsketen (Ambulancedienst, 2008). Door het betrekken van de burgers in de hulpverleningsketen kan ervoor gezorgd worden dat meer slachtoffers van een hartstilstand binnen 6 minuten hulp krijgen. Op dit moment is HVW actief in de regio NOG, Zeeland, Haagland, Kennemerland, Amsterdam/Zaanstreek-Waterland en Rotterdam-Rijnmond. Iedereen die minder dan een jaar geleden een erkende reanimatietraining heeft gevolgd kan zich aanmelden bij HVW. In totaal zijn er 11.870 vrijwilligers aangesloten bij HVW. De burgers die zich aanmelden worden opgenomen in een alarmeringssysteem dat ingeschakeld kan worden bij een melding van een hartstilstand. Het alarmeringssysteem werkt als volgt:

- Op een bepaalde locatie wordt iemand onwel waarop omstanders 112 bellen.
- De meldkamer schakelt de ambulancedienst in om naar het slachtoffer toe te gaan. Bij verdenking van een acute hartstilstand alarmeert de meldkamer ambulancezorg opgeleide en geregistreerde vrijwilligers van het HVW-netwerk.
- HVW-vrijwilligers die in de buurt zijn ontvangen een sms-bericht op hun mobiele telefoon met de locatie van het slachtoffer en/of de AED.
- De vrijwilligers gaan naar het slachtoffer om hulp te bieden tot de ambulance aanwezig is en professionele hulpverleners de zorg kunnen overnemen.

Dat de inzet van reanimisten en AED's gezondheidswinst oplevert is terug te zien in het percentage overlevenden. Waar in 2006 de overlevingskans na een hartstilstand nog tussen de 5-10% lag (Berdowski et al., 2006) is dat in 2014 opgelopen tot 25% in verschillende gebieden in de NOG (Omroep Gelderland, 2014).

Het projectplan voor burenhulp welke in 2008 is geschreven voorspelde echter dat, door de invoering van het HVW, het percentage overlevenden na een hartstilstand zou kunnen stijgen tot 42%.

Het feit dat het huidige percentage overlevenden achterblijft bij het voorspelde percentage wordt onder andere veroorzaakt doordat het aantal vrijwilligers dat is aangemeld bij HVW achterblijft (Omroep Gelderland, 2014). Maar waarom? Op het moment zijn er in de regio NOG 6.500 HVW-vrijwilligers. Wanneer er een percentage aan reanimesten vanuit de landelijke statistieken berekend wordt voor NOG, blijkt dat NOG over 100.000 reanimesten beschikt die in het afgelopen jaar nog een reanimatiecursus hebben gevolgd. Deze mensen zouden direct een aanvulling kunnen zijn voor het HVW-netwerk. Waarom nemen deze mensen niet deel aan HVW? Daarnaast varieert de deelname aan HVW sterk per regio. Waar in het ene gebied meer dan 100% dekking wordt gehaald, is het in het andere gebied lastig om tot een dekking van 25% te komen (Hartveilig wonen, 2014). Waarom is er sprake van zulke sterke variatie aan deelname in HVW tussen verschillende regio?

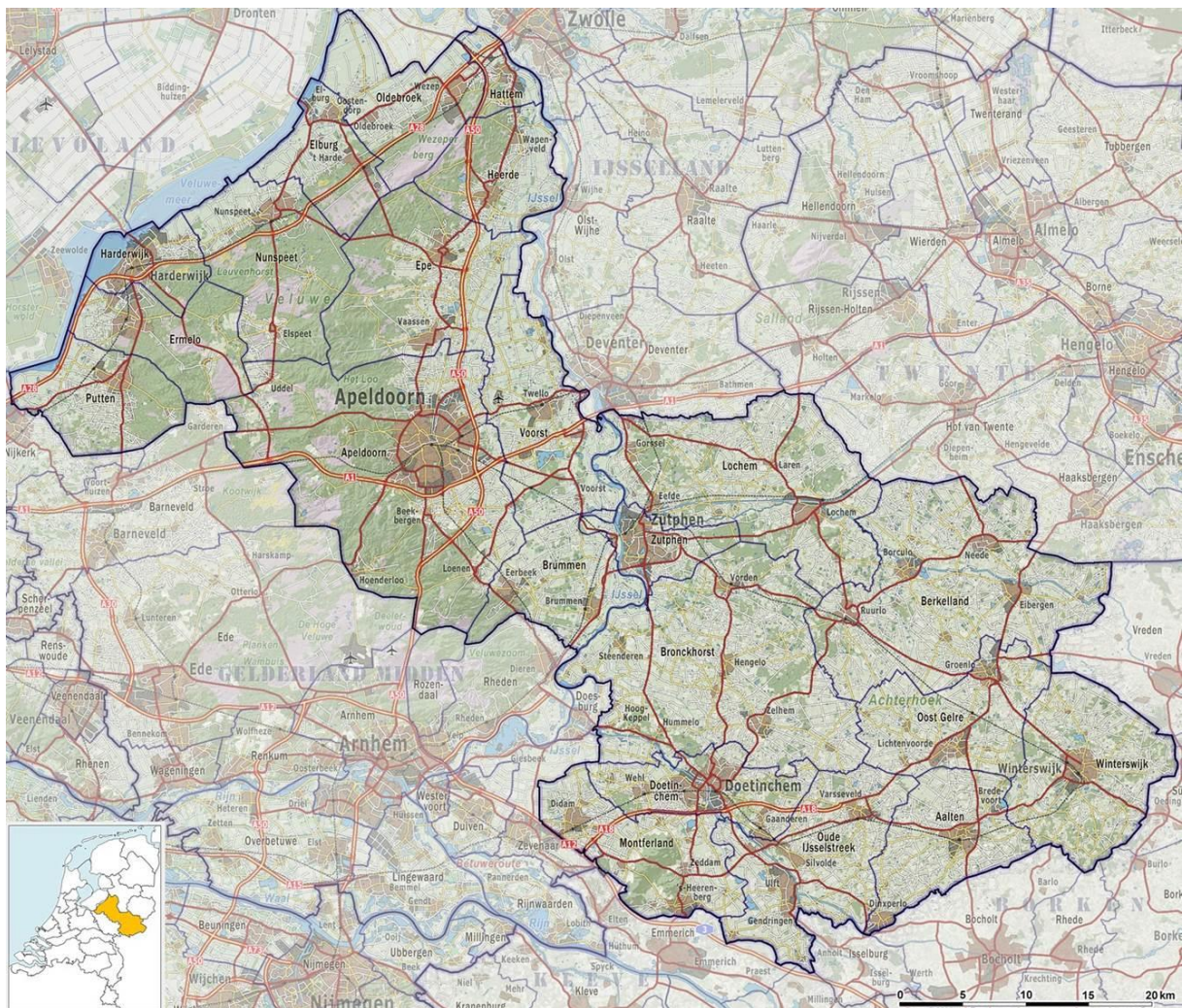
Resumerend kan er gesteld worden dat het percentage overlevenden van een hartstilstand zou kunnen stijgen wanneer er meer vrijwilligers zijn aangemeld bij HVW. Daarnaast is er duidelijk geworden dat er voldoende mensen zijn in de regio NOG die deel kunnen nemen aan HVW. Om in de toekomst effectiever vrijwilligers te kunnen werven en behouden wordt in deze scriptie onderzoek gedaan naar de kenmerken en motivatie van reanimesten in de regio NOG om wel of niet deel te nemen aan HVW.

1.2 Opdrachtgever

De opdrachtgevers van dit afstudeerproject zijn de GHOR (onderdeel van de VNOG) en het Witte Kruis. Zij willen beiden meer inzicht in zelfredzaamheid en burgerparticipatie. Door de kenmerken en motivaties van de vrijwilligers van een burgerhulpverleningsnetwerk als HVW te onderzoeken, willen zij meer kennis opdoen over burgerhulpverleningsnetwerken in het algemeen. Om een duidelijke context te scheppen waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt, wordt eerst uitgelegd wie de betrokken partijen zijn.

1.2.1 GHOR Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland

De VNOG is één van de 25 veiligheidsregio's die Nederland rijk is en bestaat uit 22 gemeenten waarbinnen ongeveer 800.000 mensen wonen (zie figuur 2). Het bestuur van de VNOG wordt gevormd door de 22 burgemeesters van deze gemeenten. Een veiligheidsregio zorgt ervoor dat gemeenten, maar ook andere organisaties, voorbereid zijn op grotere incidenten, rampen en crises en het bestrijden ervan. Hoe de veiligheidsregio hier invulling aan dient te geven staat in de Wet veiligheidsregio's (Wvr). Binnen de veiligheidsregio zijn vier onderdelen te onderscheiden; Brandweer, Multidisciplinair, Meldkamer Oost Nederland (MON) en de GHOR. Bij het voorkomen en bestrijden van rampen en crises is er sprake van een nauwe samenwerking met de politie.



Figuur 2. Kaart Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland (VNOG, 2014)

1.2.2 GHOR

De GHOR is de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio. Het doel van de GHOR is dat de gezondheidszorg naadloos kan opschalen van dagelijkse naar grootschalige hulpverlening. Dit wordt gedaan onder regie van het openbaar bestuur dat zorgt dat de betrokken organisaties als een samenhangende zorgketen kunnen optreden. Zo kunnen slachtoffers van rampen en crises optimale zorg krijgen. De GHOR is een netwerk van GGD, meldkamer, ziekenhuizen, traumacentra, huisartsen, Nederlandse Rode Kruis, GGZ-instellingen, maatschappelijk werk, slachtofferhulp en de Regionale Ambulance Voorziening (RAV). De RAV (Ambulance + Meldkamer Ambulancezorg) wordt in de VNOG uitgevoerd door het Witte Kruis. De GHOR is geïnteresseerd of de principes (kenmerken en motivaties) die gelden voor HVW ook van toepassing zijn bij grote incidenten of crises.

1.2.3 Witte Kruis

In NOG wordt de RAV uitgevoerd door het Witte Kruis. Het Witte Kruis is de grootste zelfstandige ambulanceorganisatie van Nederland, die landelijk actief is binnen de (acute) zorgketen. Naast NOG is het Witte Kruis actief binnen de regio's Haaglanden, Zuid-Kennemerland, Noord-Holland Noord en Zeeland. Het Witte Kruis heeft naast de RAV ook een bedrijfsonderdeel genaamd ACM, dat opleidingen, cursussen en trainingen voor hulpverleners en particulieren verzorgt (denk aan bedrijfshulpverlenings- en AED-cursussen). De ACM is ook betrokken geweest bij het ontwikkelen en uitvoeren van het project HVW.

1.3 Zelfredzaamheid en burgerparticipatie als beleidskader

Zelfredzaamheid en burgerparticipatie zijn onderwerpen die op het moment hoog op de politieke agenda staan. Dit staat in schril contrast met een tijd terug. In het verleden heeft de overheid namelijk de verwachting geschept bij burgers dat veiligheid en alles wat daar bij komt kijken, uitsluitend tot een overheidstaak kan worden gerekend. Op dit moment is er een ontwikkeling gaande waarbij geprobeerd wordt de verantwoordelijkheid terug te leggen bij de burger. Zo wordt er bijvoorbeeld van een burger verwacht zichzelf te kunnen redden in de eerste momenten na een incident (Ter Horst, 2009).

Over het algemeen zijn burgers goed in staat zichzelf enige tijd in veiligheid te brengen. Mensen raken bij een ramp meestal niet in paniek en handelen rationeel (Ruitenbergh & Helsloot, 2004). Daarnaast blijkt bereidheid om slachtoffers van een incident te helpen vanzelfsprekend te zijn. Toch komt de burger niet voor in de draaiboeken en protocollen van hulpdiensten, omdat deze geen formele positie heeft. Wil men in de toekomst gebruik kunnen

maken van de hulpcapaciteit van de burger, is het belangrijk tot een betere aansluiting te komen tussen de burger en de professionele hulpverlening. Zo hoeft deze extra hulpverleningscapaciteit niet achter een lint geplaatst te worden, maar kan deze betrokken worden in het hulpproces (Chan, 2014).

De laatste jaren is er steeds vaker sprake van projecten waarbij de burger wel betrokken wordt in dit hulpproces. Voorbeelden hiervan zijn NL Alert, Burgernet en HVW. Door deze projecten, die zijn gebaseerd op burgerparticipatie, gaat de zelfredzaamheid van de bevolking omhoog. Dat burgerparticipatie en zelfredzaamheid ook belangrijke termen zijn binnen de VNOG en GHOR blijkt uit hun beleidsplannen.

Beleid VNOG en GHOR

De VNOG heeft op 30 maart 2011 besloten een drietal speerpunten op te stellen, waarmee winst kan worden behaald op het gebied van veiligheid in de regio. Deze winst kan zitten in het terugbrengen van de impact van een gebeurtenis, of de waarschijnlijkheid van een gebeurtenis verkleinen. De drie speerpunten zijn risico- en crisiscommunicatie, zelfredzaamheid en evacuatie strategieën. De drie genoemde punten gelden als speerpunten voor de Veiligheidsregio. Binnen de GHOR ligt de focus specifiek op de gezondheid hulpverlenende organisaties en heeft binnen de gegeven kaders haar eigen visie geformuleerd. De visie van de nieuwe operationele GHOR-organisatie vormt zich rond 3 thema's: flexibele & sterke operationele GHOR, informatie-gestuurde-besluitvorming in het geneeskundig netwerk en zelfredzaamheid & burgerparticipatie. Het overkoepelende thema is zelfredzaamheid. De GHOR heeft hier burgerparticipatie aan toegevoegd. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de kennis op het gebied van zelfredzaamheid en burgerparticipatie door onderzoek te doen naar de vrijwilligers van HVW.

1.4 Relevantie

Dit afstudeerproject vindt plaats in opdracht van de GHOR in samenwerking met het Witte Kruis. Het onderzoek wordt gehouden in het kader van burgerparticipatie en zelfredzaamheid. Het onderzoek heeft als doel meer inzicht te krijgen in de kenmerken en motivaties van reanimisten in hun keuze om deel te nemen aan het burgerhulpverleningsnetwerk HVW. Tot dit moment is er weinig onderzoek verricht naar deelname aan burgerhulpverlening terwijl dit van grote toegevoegde waarde kan zijn. Dit geldt zowel voor HVW specifiek, als voor burgerhulpverlening in het algemeen.

HVW is voortdurend op zoek naar nieuwe vrijwilligers om hun reanimatie netwerk te versterken. Om in de toekomst effectiever vrijwilligers te kunnen werven wordt er in dit onderzoek gekeken naar de kenmerken en motivaties van reanimisten om deel te nemen aan HVW. Wanneer duidelijk wordt wie de reanimist is, en wat hem of haar beweegt, kan HVW gericht en effectiever zijn in het werven en behouden van vrijwilligers. Op deze manier kan de kans verkleind worden dat mensen in de toekomst aan een hartstilstand overlijden omdat hulp tijdig aanwezig is.

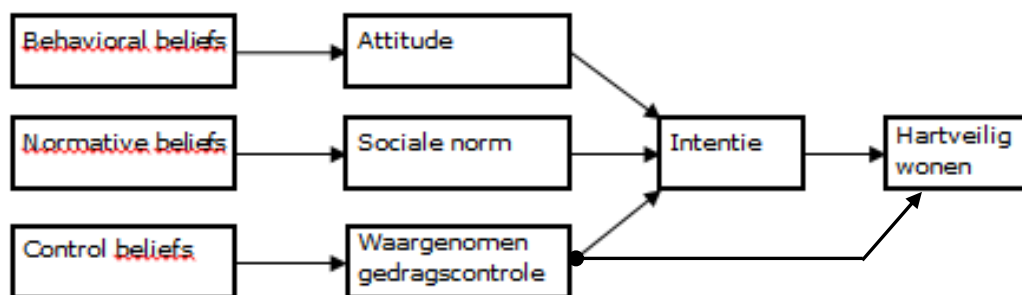
Daarnaast kan deze kennis gebruikt worden in het kader van burgerhulpverlening in het algemeen. De GHOR is geïnteresseerd in burgerparticipatie en zelfredzaamheid. HVW is een goed voorbeeld van zelfredzaamheid door burgerparticipatie. Doordat burgers deelnemen aan het hulpverleningsproces gaat de zelfredzaamheid van de bevolking omhoog. Door inzicht te krijgen in de kenmerken en motivaties van de HVW-vrijwilliger krijgt de GHOR een inkijk in de burger die bereid is zich in te zetten voor een burgerhulpverleningsinitiatief. De inzichten die in dit onderzoek verkregen worden kunnen als leidraad gebruikt worden voor onderzoek en beleidsvraagstukken op andere gebieden van burgerparticipatie en zelfredzaamheid.

2. Theoretisch kader

Wat motiveert mensen om deel te nemen aan een burgerhulpverleningsnetwerk als HVW? De keuze van mensen om hun tijd beschikbaar te stellen voor anderen is er vaak een die weloverwogen is. Mensen die deze keuze voor zich zelf hebben gemaakt gaan vaak actief op zoek naar mogelijkheden om anderen te helpen. Zij denken hierbij na over de tijd die ze er vrij voor willen maken en of het werk voldoet aan hun persoonlijke behoeften (Clary, Snyder & Stukas, 1998). Wanneer duidelijk wordt waarop deze keuzes zijn gebaseerd kan er inzicht worden verkregen in de motivaties van mensen om wel of niet deel te nemen aan een burgerhulpverleningsnetwerk als HVW. Een theorie die veel wordt gebruikt om gedrag te verklaren en voorspellen is de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991).

2.1 Theorie van gepland gedrag

Om menselijk gedrag te kunnen voorspellen en veranderen is het van belang om inzicht te krijgen in de determinanten die aan het gedrag ten grondslag liggen. Een theorie die veel wordt gebruikt voor het verklaren en voorspellen van menselijk gedrag is de '*the theory of planned behavior (TPB)*' (Ajzen, 1991). Zie figuur 3 voor een schematische weergave van de theorie.



Figuur 3. Theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991)

De theorie stelt dat het gedrag dat iemand vertoont, bepaald wordt door de intentie die iemand heeft om dat gedrag te vertonen. De intentie geeft aan hoeveel moeite iemand wilt doen om bepaald gedrag uit te voeren. In het algemeen kan er gesteld worden: hoe sterker de intentie, hoe groter de kans dat gedrag ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt. De intentie wordt gevormd door drie verschillende gedragsdeterminanten. Dit zijn attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole (Ajzen, 1991). De drie genoemde determinanten worden vorm gegeven door verschillende beliefs (overtuigingen). Deze beliefs zijn specifieke gedachten over het te beoordelen gedrag. De eerste factor, attitude, geeft de denkbelden en verwachtingen weer van iemand tegenover bepaald gedrag. De attitude wordt gevormd door

behavioral beliefs. Deze beliefs ontstaan door associaties die mensen hebben met een bepaald onderwerp. Omdat deze associaties al positief of negatief gewaardeerd zijn, ontstaat er automatisch een attitude richting het gedrag (Fishbein & Ajzen, 1975). De tweede factor is de sociale norm. Dit betreft de waargenomen sociale druk die iemand ervaart om een bepaald gedrag uit te voeren. De sociale norm wordt gevormd door normatieve beliefs. Normatieve beliefs betreft de mate waarin de omgeving goedkeuring of afkeuring geeft voor bepaald gedrag (Fishbein & Ajzen, 2010). De derde factor is de waargenomen gedragscontrole. Dit betreft de mate waarin iemand zichzelf in staat acht om bepaald gedrag uit te voeren. De waargenomen gedragscontrole wordt gevormd door control beliefs. Control beliefs kunnen gebaseerd zijn op eerder vertoond gedrag, ervaringen, informatie van vrienden/betrokkenen en alle factoren die de perceptie met betrekking tot de gedragscontrole kunnen beïnvloeden. De waargenomen gedragscontrole heeft naast de invloed op intentie ook direct invloed op gedrag. Wanneer iemand niet beschikt over de tijd of middelen zal deze het desbetreffende gedrag sowieso niet uit kunnen voeren (Fishbein & Ajzen, 1975). Naast de drie determinanten en beliefs verschillen mensen ook nog in achtergrond variabelen (persoonlijkheid, demografische factoren, etc.). Deze worden verondersteld het gedrag alleen indirect te beïnvloeden via de beliefs en gedragsdeterminanten. Samengevat wordt de uiteindelijke intentie om bepaald gedrag te vertonen verklaard door de attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole. De relatieve invloed per determinant op de uiteindelijke intentie verschilt per gedrag en situatie (Ajzen, 1991).

2.2 Theorie van gepland gedrag en burgerhulpverlening

De TPB is op een breed scala aan gedragingen toegepast. Zo is de theorie bijvoorbeeld toegepast op gezondheidsgedrag zoals therapietrouw en stoppen met roken (McGuckin, Prentice, McLaughlin & Harkin, 2012; Babrow, Black & Tiffany, 1990). Maar ook op gebieden die meer raakvlakken vertonen met het vrijwilliger zijn bij HVW. Zo is de TPB toegepast op het uitvoeren van vrijwilligerswerk, waarin naar voren kwam dat attitude tegenover vrijwilligerswerk en de mate van waargenomen gedragscontrole samenhangen met het doen van vrijwilligerswerk (Warburton & Terry, 2000). Ook op het gebied van reanimeren is de TPB meer dan eens toegepast. Hier bleek dat de attitude tegenover het reanimeren (Vaillancourt et al., 2013) en de mate van waargenomen gedragscontrole samenhangen met de bereidheid tot reanimatie (Kanstad, Nilsen & Fredriksen, 2011; Sasson et al, 2013; Nielsen, Isbye, Lippert & Rasmussen, 2013). Armitage & Conner hebben in 2001 een meta-analyse gedaan van de effectiviteit van de TPB. In deze studie waren 185 studies betrokken waarin de

TPB werd toegepast op een brede variëteit aan gedragingen. Hieruit kwam naar voren dat de theorie 39% van de variantie in intentie verklaart en 27% van de variantie in het daadwerkelijke gedrag.

Omdat er nog niet veel onderzoek is gedaan naar zelfredzaamheid en burgerparticipatie, is niet duidelijk of deze theorie ook in deze situatie toe te passen is. In het verleden is er één eerdere studie geweest die deze theorie heeft gebruikt op een soortgelijk project als HVW. Dit onderzoek keek naar een lekenhulpverleningsnetwerk in de beginfase in Twente (Meijerink, 2009). In dat onderzoek werden de determinanten geïnventariseerd die ten grondslag lagen aan de intentie om deel te nemen aan het project. Hieruit werd duidelijk dat attitude en waargenomen gedragscontrole belangrijke determinanten zijn in de keuze om deel te nemen aan een reanimatorienetwerk. Subjectieve norm leek nauwelijks invloed te hebben op de keuze om deel te nemen (Meijerink, 2009).

In dit huidige onderzoek wordt het TPB gebruikt om de deelname aan HVW te verklaren. De TPB wordt echter gezien als een rationeel model, waarbij gedrag wordt verklaard dat gebaseerd is op rationele overwegingen (Ajzen, 1991). De vraag is of aanmelden bij HVW wel te verklaren is met een model dat enkel uitgaat van rationele overwegingen. Zo is het voor te stellen dat ook andere factoren, zoals emoties, van invloed zijn of iemand zich aanmeldt. Ajzen (2011) zegt dat het een misvatting is dat de TPB een rationeel model is. Zo wordt er gesteld dat er niet teveel gekeken moet worden naar de schematische weergave, aangezien het slechts een vereenvoudiging van de theorie is. Wanneer de theorie breder wordt opgevat dan de schematische weergave van het model, is het nog steeds bruikbaar (Ajzen, 2011; Ajzen, 2014). Zo stelt Ajzen dat ook emoties invloed hebben op gedrag namelijk een indirecte invloed via beliefs. Dit zou betekenen dat de theorie in het geval van deelname aan HVW bruikbaar is, aangezien het gebruik maakt van een combinatie van rationele en emotionele overtuigingen. Of dit zo is zal blijken uit de resultaten van dit onderzoek. Door het toepassen van de TPB in dit onderzoek wordt geprobeerd inzicht te krijgen in de belangrijkste determinanten die ten grondslag liggen aan deelname aan HVW. Zo kan hier in de toekomst rekening mee worden gehouden bij het werven van vrijwilligers.

2.3 Aanvullende determinanten

Ajzen (1991) geeft aan dat er naast de genoemde TPB-determinanten ook nog andere determinanten van invloed kunnen zijn op gedrag. Om inzicht te krijgen in andere determinanten die van invloed zijn op deelname aan HVW, zijn er interviews gehouden in het

veld. Hier zijn interviews afgenomen met zowel HVW-vrijwilligers als niet-HVW-vrijwilligers. Daarnaast is er gesproken met mensen die organisatorisch betrokken zijn bij HVW. De resultaten van deze interviews zijn verwerkt in een kwalitatief vooronderzoek (zie Appendix A). Determinanten die naar voren kwamen, die bepalend zouden kunnen zijn voor deelname aan HVW zijn altruïsme, angst en ervaring.

2.3.1 Altruïsme

Uit de gesprekken met de mensen uit het veld komt naar voren dat iedereen die deelneemt aan HVW een soort van plichtsgevoel heeft zijn omgeving te moeten helpen. De HVW-vrijwilligers geven aan niet te begrijpen waarom anderen niet meedoen wanneer deze wel een reanimatiediploma hebben. Sommige geven aan dat ze wel rekening houden met psychische gevolgen, maar dit niet als reden zien om zich niet aan te sluiten bij HVW. Dit gevoelde plichtsbesef lijkt iets anders te zijn dan het willen voldoen aan de gestelde normen die de gemeenschap aan iemand stelt, wat voortkomt uit subjectieve norm. Het puur intrinsieke gevoel om anderen te helpen wordt in de literatuur ook wel als altruïstisch gedrag bestempeld. Altruïsme kenmerkt zich door prosociaal gedrag dat wordt uitgevoerd om andere mensen te helpen, ongeacht of de persoon in kwestie hier zelf slechter van wordt. In verschillende studies is aangetoond dat altruïsme als maatstaf voor prosociaal gedrag kan worden gebruikt (Bierhoff, Klein & Kramp, 1991; Oliner & Oliner, 1988). Dit komt overeen met studies naar vrijwilligers, waaruit blijkt dat zij sterkere altruïstische waarden hebben (Bekkers, 2005). Bij HVW vrijwilligers lijkt er veelal sprake te zijn van altruïsme. Om te beoordelen of dit een belangrijke eigenschap is van HVW vrijwilligers zal deze eigenschap meegenomen worden in dit onderzoek.

2.3.2 Angst

In het kwalitatieve vooronderzoek wordt angst genoemd als reden om niet aan te melden bij HVW. Redenen die hierbij werden genoemd waren de spanning van het krijgen van een sms, het terechtkomen in een onbekende situatie, het reanimeren van bekenden, angst voor de emotionele nasleep en angst voor het niet voldoende beheersen van de reanimatie vaardigheden. Wanneer er in de literatuur wordt gezocht naar de invloed van angst op het gebied van reanimeren worden er meerdere onderzoeken gevonden. Zo is gevonden dat mensen geen reanimatie training nemen omdat ze enkel kunnen denken aan de angst voor het krijgen van HIV en angst om aangeklaagd te worden wanneer het fout gaat (Vaillancourt et al., 2008). Ook wanneer het gaat om de bereidheid om iemand te reanimeren kwam angst terug als belangrijke determinant. Kanstad et al. (2011) vond dat mensen bang waren om te

reanimeren omdat ze niet zeker wisten of ze de vaardigheden wel goed beheersten. De studie van Shibata, Taniguchi, Yoshida & Yamamoto (2000) vond dat de bereidheid om iemand te reanimeren omlaag ging wanneer mensen angst hadden om iemand pijn te doen. Om te beoordelen of angst een belangrijke reden is om niet aan te melden bij HVW, wordt deze meegenomen in dit onderzoek.

2.3.3 Ervaring

Een andere determinant die lijkt samen te hangen met het aanmelden bij HVW is ervaring. Meermaals is in de interviews naar voren gekomen dat mensen aangaven een reanimatietraining te hebben gevolgd omdat ze in hun omgeving hartpatiënten kenden, of omdat ze een reanimatie hadden meegemaakt. Ook in de literatuur is terug te vinden dat een (on)aangename ervaring invloed heeft op het vertonen van gedrag. Zo is het onwaarschijnlijk dat iemand gedrag opnieuw vertoont wanneer hij spijt heeft van de eerdere vertoning van datzelfde gedrag (van der Pligt et al., 1998). Dat dit het geval kan zijn bij reanimeren blijkt wel uit onderzoek van Wedden (2008) waarin duidelijk werd dat reanimeren negatieve en soms zelf traumatische ervaringen kan opleveren. Voor HVW zou dit kunnen betekenen dat iemand zich na het meemaken van een reanimatie oproep weer afmeldt voor HVW. Om te beoordelen of ervaring een belangrijke reden is om deel te nemen aan HVW, zal ook deze determinant meegenomen worden in dit onderzoek.

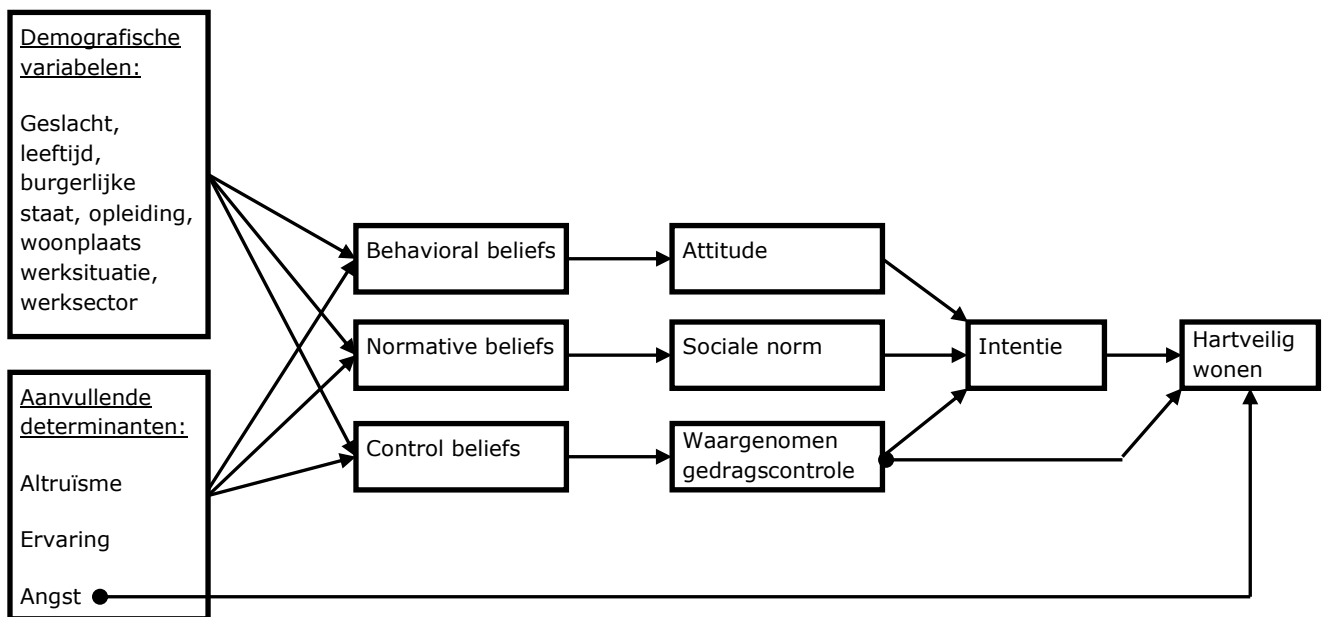
2.3.4 Woonomgeving

Een factor die ook wordt meegenomen in dit onderzoek is woonomgeving. In de regio NOG varieert de deelname aan HVW sterk. Wat hierbij opvalt is dat er met name in rurale gebieden relatief veel mensen zijn die deel willen nemen. Dat mensen in rurale gebieden meer bereid zijn hulpgedrag te vertonen wordt ook aangetoond in de literatuur. Zo werd gevonden dat hulpvaardig gedrag meer voorkomt in kleinere dorpen dan in grotere steden (Hedge & Yousif, 1992; Steblay, 1987). Waar in kleinere gemeenschappen ongeveer de helft stopt wanneer iemand gewond op de grond ligt, is dit in de stad slechts 15% (Amato, 1983). Andere onderzoeken bevestigen dit beeld voor meerdere hulsituaties in verschillende landen (Hedge & Yousif, 1992; Steblay, 1987). Verder is uit onderzoek gebleken dat mensen die voor een langere periode op een plek wonen, vaker actief zijn in prosociale acties ter bevordering van lokale gemeenschap. Het langer wonen op dezelfde plek leidt bovendien tot meer hechting aan de gemeente, meer onderlinge afhankelijkheid van de burens en meer aandacht voor de reputatie binnen de gemeenschap (Baumeister, 1986; Oishi et al., 2007). Doordat mensen in stedelijke gebieden vaker verhuizen zullen zij minder snel deelnemen aan prosociale acties

(Oisho et al., 2007). In deze studie zullen mensen uit rurale en urbane gebieden met elkaar vergeleken worden op basis van kenmerken en motivaties betreffende (intentie tot) deelname aan HVW.

2.4 Model

De concepten die naar voren zijn gekomen uit de literatuur en het kwalitatief vooronderzoek zijn gebruikt om een hypothetisch model op te stellen waarin al deze concepten zijn meegenomen (zie figuur 4). De basis van het model bestaat uit de TPB. Aanvullend op deze theorie zijn een drietal concepten toegevoegd die naar voren kwamen als belangrijke voorspellers tot deelname aan HVW. Dit zijn ervaring, altruïsme en angst. Van de aanvullende concepten wordt verwacht dat deze gedrag indirect beïnvloeden via beliefs en gedragsdeterminanten. Van angst wordt verwacht gedrag ook direct te beïnvloeden, omdat het niet volledig opgevangen kan worden door de (rationele) gedragsdeterminanten uit de TPB. Verder zijn er nog een aantal achtergrondvariabelen meegenomen waarvan wordt verwacht dat ze het gedrag alleen indirect beïnvloeden via de beliefs en de gedragsdeterminanten.



Figuur 4. Hypothetisch model

2.5 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te verkrijgen in de demografische en psychosociale determinanten die samenhangen met deelname aan HVW bij reanimisten in verschillende gebieden in de regio NOG. Dit is gedaan aan de hand van demografische factoren, het TPB en

de aanvullende determinanten altruïsme, angst en ervaring. Uit het bovenstaande volgen drie onderzoeksvragen met bijbehorende deelvragen:

Onderzoeksvraag 1: *In hoeverre is er sprake van een samenhang tussen demografische en psychosociale factoren en (intentie tot) deelname aan Hartveilig wonen bij reanimisten in Noord- en Oost- Gelderland?*

- In hoeverre hangen attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole samen met (intentie tot) deelname aan HVW?
- In hoeverre hangen altruïsme, angst en ervaring samen met (intentie tot) deelname aan HVW?
- In hoeverre hangen demografische gegevens samen met (intentie tot) deelname aan HVW?

Onderzoeksvraag 2: *In hoeverre mediëren de gedragsdeterminanten (attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole) de relaties tussen de demografische variabelen en aanvullende determinanten tot (intentie tot) deelname aan HVW?*

- In hoeverre medieert attitude de relatie tussen demografische variabelen en aanvullende determinanten tot (intentie tot) deelname aan HVW?
- In hoeverre medieert sociale norm de relatie tussen demografische variabelen en aanvullende determinanten tot (intentie tot) deelname aan HVW?
- In hoeverre medieert waargenomen gedragscontrole de relatie tussen demografische variabelen en aanvullende determinanten tot (intentie tot) deelname aan HVW?

Onderzoeksvraag 3: *In hoeverre verschillen rurale en urbane gebieden binnen Noord- en Oost-Gelderland van elkaar in de demografische en psychosociale factoren betreffende (intentie tot) deelname aan HVW?*

- In hoeverre is er sprake van een verschil, tussen rurale en urbane gebieden, in attitude, sociale norm, waargenomen gedragscontrole betreffende (intentie tot) deelname aan HVW?
- In hoeverre is er sprake van een verschil tussen rurale en urbane gebieden, in altruïsme, angst en ervaring betreffende (intentie tot) deelname aan HVW?
- In hoeverre is er sprake van een verschil tussen rurale en urbane gebieden, in demografische determinanten betreffende (intentie tot) deelname aan HVW?

3. Methode

Om meer inzicht te krijgen in de determinanten die samenhangen met deelname aan HVW in de VNOG is er in dit exploratieve onderzoek een survey afgenomen bij reanimisten woonachtig in de regio NOG. Er is gekozen voor een cross-sectioneel design waarbij er op één moment een steekproef wordt afgenomen bij de onderzoekspopulatie. Zo is het mogelijk om de kenmerken van een steekproef te beschrijven en om de relatie tussen variabelen binnen een bepaalde populatie te vinden.

Er is gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve methodes. Het kwalitatieve gedeelte bestaat uit een vooronderzoek waarin interviews zijn afgenomen met betrokken mensen uit het veld (zie Appendix A). Aan de hand van de bevindingen uit deze interviews is er een kwantitatieve vragenlijst ontwikkeld, die is verspreid binnen rurale en urbane gebieden in NOG (zie Appendix D). In deze vragenlijst hebben de respondenten vragen beantwoord betreffende hun kenmerken en motivaties om wel of niet deel te nemen aan HVW. Op basis van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek wordt geprobeerd de onderzoeksvragen te beantwoorden.

3.1 Respondenten en procedure

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit reanimisten van 18 jaar of ouder, woonachtig in de regio NOG. Er is gebruik gemaakt van een aselechte steekproef waarbij respondenten zijn geworven uit het ledenbestand van HVW, en uit EHBO-verenigingen waar het ACM mee in contact stond. De doelgroep is benaderd via een mail met als onderwerp: *‘Hartveilig wonen: wie doet er mee?’* In deze mail werd de doelgroep gevraagd of zij mee wilden doen aan een onderzoek naar de motivaties om wel of niet deel te nemen aan HVW. Om deelname aan het onderzoek aantrekkelijker te maken werd hier ook vermeld dat onder de deelnemers aan het onderzoek een AED werd verloot. Wanneer er vervolgens op de bijgevoegde link werd geklikt (https://utwentebis.eu.qualtrics.com/SE/?SID=SV_ePvNP1yQJ80cAI), werden de respondenten automatisch doorgelinkt naar de online vragenlijst.

Na het klikken op de link kregen de respondenten eerst een inleidende pagina te zien. Hier werden de respondenten bedankt voor deelname en ingelicht over hun rechten als deelnemer aan dit onderzoek. Verder werden er, in geval van vragen en/of klachten, contactgegevens beschikbaar gesteld van de onderzoekers en ethische commissie. Wanneer de respondenten aangaven de gegeven informatie te hebben gelezen, begrepen, en er mee akkoord te gaan, kon worden begonnen aan de vragenlijst. In de vragenlijst kregen de respondenten naast

demografische vragen ook psychosociale vragen met betrekking tot HVW. Het invullen van de vragenlijst nam tussen de 10 en 15 minuten in beslag en bevatte, afhankelijk van de gegeven antwoorden, ongeveer 50 vragen.

De vragenlijst is afgenomen in de periode van 23-09-2014 tot en met 4-11-2014. Op 23-09-2014 heeft HVW 681 mails verstuurd naar HVW-vrijwilligers en ACM 300 mails naar leden van EHBO-verenigingen. Na een week zijn er door HVW 505 nieuwe mails verstuurd. ACM heeft een reminder gestuurd naar de 300 eerder gebruikte e-mailadressen en hier 120 nieuwe email-adressen aan toegevoegd. Hier is tevens geprobeerd door middel van een andere mailtitel meer respons te genereren. De mail met als onderwerp '*Hartveilig wonen: wie doet er mee*' kan voor reanimisten die niet deelnemen aan HVW als niet relevant bestempeld worden. Daarom is ervoor gekozen om de titel bij de tweede mailing te veranderen naar '*De burgerhulpverlener: wie is dat?.*'

HVW heeft in totaal 1186 mails, en ACM 420 mails verstuurd. Met een respons van 570 geeft dit een responspercentage van 35.5%. De respons onder de HVW-vrijwilligers lag een stuk hoger dan onder de reanimisten. In totaal hebben er 488 HVW-vrijwilligers deelgenomen en 82 niet-HVW-vrijwilligers. De oorzaak achter deze scheve verdeling, wordt gezocht in het niet in grote getale beschikbaar zijn van adressenlijsten van reanimisten en het feit dat in de 420 mails verstuurd door het ACM ook HVW vrijwilligers geïnccludeerd kunnen zijn.

3.2 Vragenlijst

Er is op basis van literatuur en een kwalitatief vooronderzoek een model opgesteld waarin alle relevante determinanten zijn meegenomen die een voorspellende waarde op (intentie tot) deelname aan HVW lijken te hebben. De TPB (Ajzen, 1991) dient in dit model als basis (attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole), waaraan drie determinanten zijn toegevoegd op basis van het kwalitatief vooronderzoek (angst, altruïsme en ervaring). In samenwerking met een aantal experts is aan de hand van dit model een vragenlijst ontwikkeld. Personen die zijn betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst waren: twee psychologen van de Universiteit Twente, de manager van HVW, de marketingstrateeg van de Hartstichting, medisch manager RAV en GHOR & Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg en een werknemer van de Ambulancesector. De vragenlijst bevatte in totaal 52 vragen, met de mogelijkheid tot extra vragen wanneer specifieke antwoorden werden gegeven. Naast de eerder genoemde determinanten is ook naar een aantal demografische variabelen gevraagd.

3.2.1 Demografische variabelen

Om de kenmerken van de HVW-vrijwilliger te achterhalen zijn er een aantal demografische vragen gesteld. De gegevens waarnaar gevraagd is zijn leeftijd, geslacht, woonplaats, opleidingsniveau, burgerlijke staat en werksituatie. Daarnaast is gevraagd of mensen werkzaam zijn in de zorg-, hulp of dienstverlening, en zo ja in welke sector precies.

3.2.2 Theorie van gepland gedrag

De basis van het opgestelde model bestaat uit de TPB. De determinanten uit dit model die worden gemeten in het onderzoek zijn intentie, attitude (inclusief behavioral beliefs), sociale norm en waargenomen gedragscontrole.

Intentie

De mate van intentie om aan te melden bij HVW is gemeten aan de hand van 2 items. Een voorbeelditem is *'Ik ben van plan mij binnenkort aan te melden bij Hartveilig wonen.'* De items moesten gescoord worden op een 5 punts-schaal, waar 1 stond voor *'zeker niet'* en 5 *'zeker wel'*. Aangezien de groep HVW-vrijwilligers reeds aangemeld is bij HVW, is deze vraag alleen aan mensen gevraagd die nog niet HVW-vrijwilliger waren. Om intentie een score te geven is er een gemiddelde genomen van de score op de 2 items. Een betrouwbaarheidsanalyse geeft een Cronbach's Alpha van .90.

Attitude

De attitude van de respondenten tegenover het vrijwilliger zijn bij HVW is gemeten aan de hand van 6 items. Deze items zijn grotendeels gebaseerd op een semantisch differentiaal als gebruikt in Armitage & Conner (1999). De respondenten is gevraagd op een 5-punts-semantisch differentiaal aan te geven in hoeverre zij vrijwilliger bij HVW als *plezierig/onplezierig, goed/slecht, belangrijk/onbelangrijk, verstandig/onverstandig, noodzakelijk/overbodig en zinvol/zinloos* ervaren. Hier stond 1 voor de meest negatieve gedachte over HVW en 5 voor de meest positieve. Om attitude een score te geven is er een gemiddelde genomen van alle scores. De betrouwbaarheidsanalyse geeft een Chronbach's Alpha van .88.

Behavioral beliefs

Op basis van het kwalitatieve vooronderzoek is er gekozen om gebruik te maken van de variabele behavioral beliefs. Met behulp van de behavioral beliefs kan er dieper worden

ingegaan op de gedachten over de eventuele gevolgen van gedrag en de evaluatie van deze gevolgen. De behavioral beliefs worden gemeten met 6 items welke gescoord moeten worden op een 5-punt-Likert schaal, waar 1 stond voor *'helemaal oneens'* en 5 voor *'helemaal eens'*. Een voorbeeld item is *'Vrijwilliger zijn bij Hartveilig wonen; Past bij mijn normen en waarden.'* Om de behavioral beliefs een score te geven is er een gemiddelde genomen van alle scores. Twee items zijn omgeschaald voor de betrouwbaarheidsanalyse omdat deze negatief waren geformuleerd. Dit waren *'Vrijwilliger zijn bij HVW kan ervoor zorgen dat ik te maken krijg met de emotionele belasting van een reanimatie'*, en *'Vrijwilliger zijn bij HVW kan ervoor zorgen dat ik te maken krijg met de emotionele nasleep van een reanimatie.'* De betrouwbaarheidsanalyse geeft een Cronbach's Alpha die niet boven de .70 uitkomt.

Om te beoordelen of er sprake is van één of meerdere onderliggende constructen bij deze schaal is principale componenten analyse (PCA) toegepast op de 6 items. Voordat er PCA is toegepast is er gekeken of de data geschikt is voor PCA. Nadere inspectie van de correlatie matrix liet de aanwezigheid van meerdere coëfficiënten van boven de .3 zien. De Kaiser-Meyer-Okin waarde was .72, wat hoger is dan de advieswaarde van minimaal .60 (Kaiser, 1970, 1974) en de Bartlett's Test of Sphericity (Bartlett, 1954) gaf een significante waarde, wat aangeeft dat PCA toegepast mag worden.

PCA vond de aanwezigheid van twee componenten met een eigenwaarde groter dan 1, wat 43.6% en 19.6% van de variantie verklaarden. Om de interpretatie van deze twee factoren te vereenvoudigen is er gebruik gemaakt van Varimax rotatie. Hier werd 63.2% van de variantie verklaard, waarbij 35.4% door de eerste factor en 27.8% door de tweede factor. Hierbij lijkt de eerste factor items te bevatten welke onderwerpen bevatten betreffende intrinsieke normen en waarden en gevoel van verantwoordelijkheid en de tweede factor items betreffende emotionele impact die HVW kan meebrengen. Er is gekozen om in de verdere analyse van de resultaten deze schaal op te splitsen in twee delen, waarbij de eerste schaal, bestaande uit 4 items, wordt gelabeld als behavioral beliefs normen en de tweede schaal, bestaande uit 2 items, wordt gelabeld als behavioral beliefs emotie. Een betrouwbaarheidsanalyse op beide schalen geeft de schaal behavioral beliefs normen een Cronbach's Alpha van .70 en behavioral beliefs emotie een Cronbach's Alpha van .74.

Sociale norm

De sociale norm ten opzichte van vrijwilliger zijn bij HVW is gemeten door 3 items welke gescoord moesten worden op een 5-punt-Likert schaal. Hier stond 1 voor *'helemaal oneens'*,

en 5 voor *'helemaal eens'*. Een voorbeeld item is *'De buurt waarin ik woon hecht er veel waarde aan dat ik vrijwilliger ben/word bij Hartveilig wonen.'* Om de sociale norm een score te geven is er een gemiddelde genomen van alle drie de scores. De betrouwbaarheidsanalyse geeft een Cronbach's Alpha van .82.

Waargenomen gedragscontrole

De mate waarin de respondent zich vaardig acht om HVW-vrijwilliger te zijn is gemeten aan de hand van de waargenomen gedragscontrole. Deze schaal bestaat uit 7 items, welke zijn opgesteld naar aanleiding van het kwalitatieve vooronderzoek en het gesprek met experts op het gebied van HVW. De items moesten gescoord worden op een 5-punt-Likert schaal waarbij 1 stond voor *'helemaal oneens'*, en 5 voor *'helemaal eens'*. Een item is bijvoorbeeld *'Ik kan in het geval van een hartaanval/panieksituatie goed reageren.'* Om de waargenomen gedragscontrole een score te geven is er een gemiddelde genomen van alle scores. Twee items zijn om geschaald voor de betrouwbaarheidsanalyse, omdat deze negatief waren geformuleerd. Dit waren *'Mijn leefomstandigheden zorgen ervoor dat ik niet altijd direct kan reageren op een reanimatie oproep'* en *'Ik ben weinig thuis waardoor ik niet altijd kan reageren op een reanimatie oproep.'* De betrouwbaarheidsanalyse geeft een Cronbach's Alpha die niet boven de .70 uitkomt.

Om te beoordelen of er sprake is van één of meerdere onderliggende constructen bij deze schaal is principale componenten analyse (PCA) toegepast op de 7 items. Voordat er PCA is toegepast is er gekeken of de data geschikt is voor PCA. Nadere inspectie van de correlatie matrix liet de aanwezigheid van meerdere coëfficiënten van boven de .3 zien. De Kaiser-Meyer-Okin waarde was .70, wat hoger is dan de advieswaarde van minimaal .60 (Kaiser, 1970, 1974) en de Barlett's Test of Sphericity (Bartlett, 1954) gaf een significante waarde, wat aangeeft dat PCA toegepast mag worden.

PCA vond de aanwezigheid van twee componenten met een eigenwaarde groter dan 1, wat respectievelijk 40.8% en 23.3% van de variantie verklaarde. Om de interpretatie van deze twee factoren te vereenvoudigen is er gebruik gemaakt van Varimax rotatie. Hier werd 64.1% verklaard, waarbij 40.8% door de eerste factor en 23.3% door de tweede factor. Hierbij lijkt de eerste factor items te bevatten met onderwerpen die gaan over reanimeren en de tweede factor items die gaan over het oproepaspect van HVW. Er is gekozen om in de verdere analyse van de resultaten deze schaal op te delen in twee delen, waarbij de eerste schaal, bestaande uit 4 items, wordt gelabeld als waargenomen gedragscontrole reanimeren en de

tweede schaal, bestaande uit 3 items, wordt gelabeld als waargenomen gedragscontrole oproep.

Een betrouwbaarheidsanalyse op beide schalen geeft de schaal waargenomen gedragscontrole reanimeren een Cronbach's Alpha van .84 en waargenomen gedragscontrole oproep een Cronbach's Alpha van .58. Aangezien de laatste schaal niet de grens van een Cronbach's Alpha van .70 haalt, dient hier rekening mee gehouden te worden bij de analyse van de resultaten.

3.2.3 Aanvullende determinanten

Op basis van het kwalitatieve vooronderzoek zijn er een drietal determinanten naar voren gekomen welke ook effect lijken te hebben op deelname aan HVW. Dit zijn angst, altruïsme en ervaring.

Altruïsme

Om de mate van altruïsme van de respondenten te meten is er gekozen om gebruik te maken van items die altruïsme meten, verkregen via www.ipip.com. De schaal bestaat uit 5 items welke gescoord moesten worden op een 5-punts Likert schaal, waar 1 staat voor '*helemaal oneens*' en 5 staat voor '*helemaal eens*'. Een voorbeelditem is '*Ik houd ervan om anderen te helpen*'. Om de altruïsme een score te geven is er een gemiddelde genomen van alle scores. De betrouwbaarheidsanalyse geeft een Cronbach's Alpha van .81.

Angst

Voor het meten van angst is er gebruik gemaakt van een zelfontwikkelde schaal, gebaseerd op een vragenlijst die is gebruikt om de angst voor vragenlijsten over kanker te beoordelen. Deze schaal bestaat uit drie situatieschetsen welke zijn voortgekomen uit het kwalitatieve vooronderzoek. Bij elke situatieschets moeten de respondenten op drie items aangeven in welke mate dat een bepaald gevoel bij hun oproept. Drie situatieschetsen met elk drie items maakt een totaal van 9 items in deze schaal. Een voorbeeld van een situatieschets is '*Stel u bent aangemeld bij HVW. Wanneer u denkt aan de mogelijkheid om opgeroepen te worden voor een reanimatie in de buurt, in welke mate worden dan de volgende reacties bij u opgeroepen?*' Vervolgens moesten de respondenten op een 4-punts schaal aangeven in welke mate ze er '*nerveus*', '*gespannen*' of '*bang*' van werden. Hier stond 1 voor '*niet*' en 4 voor '*in hoge mate*'. Om de angst een score te geven is er een gemiddelde genomen van alle scores. De betrouwbaarheidsanalyse geeft een Cronbach's Alpha van .91.

Ervaring

Om te bepalen of iemands ervaring op het gebied van reanimeren dan wel hart problemen samen hangt met deelname aan HVW, zijn er 6 vragen gesteld. Een voorbeeld item is *‘Bent u wel eens aanwezig geweest bij een reanimatie?’* Hier konden de respondenten kiezen uit *‘Ja’* of *‘Nee’*. Wanneer respondenten *‘Ja’* kozen werden ze doorgelinkt naar de vraag *‘Heeft u in (een van) deze situatie(s) zelf gereanimeerd?’* Deze items zijn stuk voor stuk behandeld.

3.2.4 Extra vragen HVW/GHOR

Naast de bovengenoemde vragen zijn er nog een aantal extra vragen aan het onderzoek toegevoegd. Dit zijn vragen die buiten het onderzoek vallen maar van toegevoegde waarde kunnen zijn voor doeleinden van de GHOR en HVW. Aan de mensen die niet deelnemen aan HVW is gevraagd waarom ze niet deelnamen waarna ze konden kiezen uit een aantal antwoordmogelijkheden. Aan de mensen die wel deelnamen aan HVW is gevraagd waarom ze wel deelnamen waarna ook zij konden kiezen uit een aantal antwoordmogelijkheden. Als allerlaatste vraag moesten de respondenten aangeven op een 5-punt-Likert schaal of ze bereid waren hulp te verlenen in geval van een ramp/incident. Hierbij stond 1 voor *‘zeker niet’*, en 5 voor *‘zeker wel’*.

3.3 Analyse

Voor de analyse van de resultaten is gebruik gemaakt van IBM SPSS Statistics 22. Voordat er begonnen is met het analyseren van de data zijn de resultaten eerst meer hanteerbaar gemaakt. Voor de demografische determinanten betekent dit dat opleidingsniveau, burgerlijke staat en werksituatie zijn teruggebracht tot twee opties per variabele. Opleidingsniveau is verdeeld in laag opgeleid (Mavo/Vmbo en MBO) en hoog opgeleid (Havo, VWO, HBO, WO Bachelor, WO Master/Doctoraal). Burgerlijke staat is opgedeeld in met partner (gehuwd/samenwonend) en zonder partner (Ongehuwd/niet samenwonend, weduwe/weduwnaar, gescheiden). De respondenten die *‘Anders, namelijk’* hadden ingevuld zijn vervolgens ingedeeld in een van de twee genoemde groepen op basis van inhoudelijke analyse. Werksituatie is opgedeeld in werk (Fulltime en Parttime) en geen werk (huishouden, school/studie, werkloos, arbeidsongeschikt en gepensioneerd). De respondenten zijn ingedeeld in ruraal en urbaan op basis van de postcode. Hierbij is een adressendichtheid van 500 adressen per km² gebruikt als onderscheidsgrens. Het CBS beschrijft deze grens als overgang van niet-stedelijk tot weinig-stedelijk (CBS, 2013). Voor deze grens is gekozen omdat de regio NOG beschikt over relatief weinig stedelijk gebied. Met behulp van een postcode kaart zijn alle respondenten door de

onderzoeker ingedeeld als afkomstig uit een ruraal dan wel urbaan gebied. Voor de psychosociale variabelen is gebruik gemaakt van enkele zelf gevormde schalen. De gemiddelde score voor de verschillende schalen zijn berekend door de score van alle items van een schaal op te tellen en deze vervolgens te delen door het aantal items. De betrouwbaarheid van deze schalen zijn vervolgens bepaald door middel van Cronbach's Alpha, waarbij een waarde van .70 is gehanteerd als grens om een schaal als betrouwbaar te bestempelen.

Door middel van frequentietabellen en verschillende univariate analyses zijn de demografische en psychosociale kenmerken van de respondenten in beeld gebracht. Alle variabelen die minimaal ordinaal geschaald waren, zijn met behulp van histogrammen, boxplots en de Kolmogorov-Smirnov getoetst op een normale verdeling. Daar waar geen normale verdeling aanwezig was, werden niet-parametrische toetsen voor de statistische analyse gebruikt.

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er frequentietabellen en univariate analyses uitgevoerd met als afhankelijke variabele intentie tot deelname aan HVW en deelname aan HVW. Op basis van deze tabellen en analyses is onderzocht welke variabelen meegenomen werden in een regressieanalyse om zo te bepalen welke variabelen samenhangen met (intentie tot) deelname aan HVW. Hierbij zijn enkel de determinanten meegenomen die significante resultaten gaven op de univariate analyses. Om te bepalen welke variabelen samenhang vertonen met de intentie tot deelname aan HVW is er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Daarnaast is er een logistische regressieanalyse uitgevoerd om te bepalen welke variabelen samenhang vertonen met daadwerkelijke deelname aan HVW. Voordat deze analyses zijn uitgevoerd is de data gecheckt op een aantal assumpties waaraan deze moest voldoen voordat er regressieanalyse uitgevoerd mag worden. Daar waar de data niet voldeed aan de assumpties is gebruik gemaakt van bootstrapping. Dit is een robuuste methode waarbij er door SPSS duizend keer een kleine steekproef wordt getrokken uit de volledige steekproef. Hierdoor wordt de data minder gevoelig voor assumptiebezwaren en is het toch toegestaan regressieanalyse uit te voeren. Voor de regressieanalyse is er gebruik gemaakt van een hiërarchische manier van toevoegen van de variabelen. Dit betekent dat de onderzoeker bepaald in welke volgorde de variabelen toegevoegd worden in het model op basis van theoretische achtergrond. Omdat er een vermoeden bestaat van mediatie van de determinanten van de TPB zijn eerst de aanvullende determinanten toegevoegd. Vervolgens zijn de determinanten uit de TPB toegevoegd. In het geval significante resultaten wegvallen na het

toevoegen van de determinanten uit de TPB zal er via mediatieanalyse uitgezocht worden of er sprake is van mediatie. Voor de derde onderzoeksvraag zijn frequentietabellen en univariate analyses gemaakt waarbij de respondentengroep is opgedeeld op basis van woonomgeving. Op basis van deze tabellen en analyses is er onderzocht of rurale en urbane gebieden van elkaar verschillen betreffende demografische en psychosociale variabelen.

3.4 Power analyse

Uit de poweranalyse blijkt dat de gewenste sample size uit 135 personen moet bestaan. Dit is berekend door gebruik te maken van een verwachte effect size van $f^2 = .15$. Hiervoor is gekozen omdat uit de meta analyse van Armitage en Conner (2001) is gebleken dat de TPB 39% van de variantie in intentie verklaart en 27% van de variantie in het daadwerkelijke gedrag. Deze r^2 van tussen de .27 en .39 komt overeen met een gemiddelde effect size. De sample size calculator vraagt echter om de Cohen's f , waarbij een gemiddeld effect gelijk staat aan .15. In de berekening werd de gewenste power op .80 gezet omdat dit de standaard is. Het aantal voorspellers werd op 14 gezet en het gewenste significantieniveau is gezet op .05. (<http://danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=1>)

3.5 Ethische aspecten

Op de Universiteit Twente is de facultaire Commissie Ethiek (CE) ingesteld om onderzoek te beoordelen dat door studenten en medewerkers wordt uitgevoerd. De CE beoordeelt of onderzoek voldoet aan de regels en normen die zijn vastgelegd in de facultaire Regeling voor Ethiek en Onderzoek. Wanneer er in een onderzoek gebruik wordt gemaakt van proefpersonen, moet het onderzoeksvoorstel worden getoetst en goedgekeurd door de CE. Aangezien er in dit onderzoek gebruik gemaakt wordt van proefpersonen is er op 04-09-2014 het '*Aanvraagformulier beoordeling voorgenomen onderzoek door CE*' bij de CE ingediend. Deze is in behandeling genomen en is op 09-09-2014 goedgekeurd.

4. Resultaten

4.1 Respondenten

In totaal zijn er 570 respondenten geweest die zijn gestart met de vragenlijst. Een aantal vragenlijsten zijn niet meegenomen in de analyse. De reden voor het niet meenemen van respondenten in de analyse was: het niet akkoord gaan met deelname (N=7), nog geen 18 jaar zijn (N=1), geen reanimatietraining/opfriscursus hebben gevolgd in de afgelopen 2 jaar (N=18), het niet invullen van de postcode (N=3) en het niet afronden van de vragenlijst (N=73). Zo kwam het totaal aantal respondenten dat is geïnccludeerd voor data-analyse uit op N = 468.

De demografische gegevens van de respondenten zijn weergegeven in tabel 1. Van de 468 geïnccludeerde respondenten zijn er 403 (86.1%) aangemeld bij HVW en 65 (13.9%) niet. Dit is een hoog percentage vrijwilligers wanneer er rekening wordt gehouden dat slechts 6.5% van de reanimisten woonachtig in NOG is aangemeld bij HVW. De onderzoeksgroep bestaat voor het merendeel uit mannen (59.2%), is gemiddeld 45 jaar, bevat ongeveer evenveel hoog als laag opgeleiden, heeft een partner (83.5%) en werkt (86.8%). Een groot percentage van reanimisten geeft aan werkzaam te zijn in de zorg-, hulpverlenings- of veiligheidssector (51.3%), en dan met name in de zorg. Waar in Nederland 17,4% werkzaam is in de zorg (CBS, 2012) is dat in deze steekproef 30.8%.

*Tabel 1. Demografische beschrijving
respondentengroep*

Respondentengroep (N=468)		
Variabele	N	%
Aangemeld		
• Ja	403	86.1
• Nee	65	13.9
Regio		
• Ruraal	199	42.5
• Urbaan	269	57.5
Geslacht		
• Man	277	59.2
• Vrouw	191	40.8
Opleidingsniveau		
• Laag	244	52.1
• Hoog	224	47.9
Burgerlijke staat		
• Met partner	391	83.5
• Geen partner	77	16.5
Werksituatie		
• Met werk	406	86.8
• Zonder werk	62	13.2
Werksector		
• Hulpverlening	240	51.3
• Anders	228	48.7
Hulpverleningssector		
• Zorg	144	30.8
• Politie	18	3.8
• Brandweer	30	6.4
• Overig	48	10.3

De psychosociale variabelen van de respondentengroep zijn weergegeven in tabel 2. Reanimisten hebben over het algemeen een positief beeld over HVW (M=4.47), geven aan dat de sociale omgeving een neutrale houding heeft tegenover deelname aan HVW (M=3.03) en hebben het idee goed te kunnen reanimeren (M=4.24). Wel wordt er aangegeven dat het oproep aspect van HVW niet compleet aansluit op het leven van de reanimist (M=2.79). Verder is de reanimist altruïstisch (M=4.16) en niet bang voor enig aspect van HVW (M=1.61). Er wordt aangegeven dat deelname aan HVW aansluit op de normen en waarden van de reanimist (M=4.23) maar er wordt ook erkend dat deelname een emotionele impact kan hebben (M=4.17). De reanimisten die niet deelnemen aan HVW hebben niet direct de intentie om dit wel te gaan doen (M=2.67).

Tabel 2. Psychosociale beschrijving respondentengroep

Variabele	Respondentengroep (N=468)	
	M	SD
Intentie ¹ (N=65)	2.67	1.00
Attitude ¹	4.47	.56
Sociale norm ¹	3.03	.93
WGC reanimeren ¹	4.24	.72
WGC oproep ¹	2.79	.82
Altruïsme ¹	4.16	.62
Angst ²	1.61	.53
BB Emotie ¹	4.17	.84
BB Normen ¹	4.23	.62

¹range van 1 = helemaal oneens, t/m 5 = helemaal eens.

²range van 1 = niet, t/m 4 = in hoge mate.

4.2 Voorspellers (intentie tot) deelname aan HVW

4.2.1 Intentie tot deelname aan HVW

Om te onderzoeken welke demografische en psychosociale factoren samenhangen met de mate van intentie tot deelname aan HVW is gebruik gemaakt van de respondenten die niet zijn aangemeld bij HVW (N=65). Tabel 3 en 4 geven een overzicht van de demografische en psychosociale kenmerken van de niet-HVW-vrijwilligers met als afhankelijke variabele de intentie tot deelname aan HVW.

Tabel 3. Demografische kenmerken met als afhankelijke variabele intentie tot deelname aan HVW

Variabele	Intentie (N=65)		Toetsing van de verschillen (2-zijdig)		
	Mediaan	IQR	U	Z	p
Regio					
• Ruraal	2.50	1.00	440.00	-1.05	.30
• Urbaan	3.00	1.50			
Geslacht			448.00	-1.07	.29
• Man	2.50	1.75			
• Vrouw	3.00	.88			
Opleidingsniveau			408.50	-1.52	.13
• Laag	2.50	1.00			
• Hoog	3.00	1.38			
Burgerlijke staat			334.50	-.64	.52
• Zonder partner	3.00	1.00			
• Met partner	2.50	1.50			
Werksituatie			251.00	-1.15	.25
• Met werk	2.50	1.00			
• Zonder werk	3.00	1.38			
Werksector			411.50	-1.30	.20
• Hulpverlening	2.50	1.00			
• Niet	3.00	1.50			

Uit tabel 3 is af te lezen dat de Mann-Whitney U test geen significante resultaten ($p > .05$) vindt in de relatie tussen intentie en demografische variabelen. Ook leeftijd vertoont geen significante relatie met intentie ($r = -.104$, $p > .05$). Op basis van deze onderzoeksresultaten wordt de conclusie getrokken dat er geen sprake is van samenhang tussen demografische kenmerken en de mate van intentie tot deelname aan HVW.

Tabel 4. Psychosociale kenmerken met als afhankelijke variabele intentie tot deelname aan HVW (N=65)

Variabele	Intentie	Soc. Attitude	Soc. Norm	WGC Rean.	WGC Opr.	Altruïsme	Angst	BB emotie	BB normen
Intentie	1	.36**	.17	-.23	.15	.01	.25*	.06	.43**
Attitude		1	.34**	.28**	.13**	.43**	-.18**	.15**	.53**
Soc. norm			1	.21**	.18**	.37**	-.14**	.13**	.38**
WGC.Rean.				1	.06	.23**	-.62**	.01	.23**
WGC. Opr.					1	.06	-.10*	-.05	.07
Altruïsme						1	-.14	.20**	.43**
Angst							1	.14**	-.01
BB Emotie								1	.34**
BB Normen									1

*Note: * $p < .05$, ** $p < .01$ ***

Tabel 4 geeft een overzicht van de psychosociale kenmerken van de niet-HVW-vrijwilligers met als afhankelijke variabele intentie. Uit de tabel is af te lezen dat er drie variabelen zijn die een significante positieve correlatie vertonen met intentie. Dit zijn attitude ($p < .01$), angst ($p < .05$) en behavioral beliefs normen ($p < .01$). Eén van de aanvullende determinanten die niet genoemd is in bovenstaand overzicht is ervaring. Ervaring bleek geen relatie te vertonen met de mate van intentie tot deelname aan HVW.

Om te kunnen beoordelen in welke mate de variabelen die een significante correlatie vertonen met intentie daadwerkelijk de mate van intentie verklaren is er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Na het checken van alle assumpties waaraan de data moet voldoen (zie Appendix E.1) zijn de drie variabelen (behavioral beliefs normen, angst en attitude) op een hiërarchische wijze toegevoegd, waardoor de lineaire regressieanalyse voor de intentie tot deelname aan HVW uiteindelijk 2 modellen bevatte. Eerst zijn behavioral beliefs normen en angst toegevoegd, waarvan behavioral beliefs normen de intentie significant verklaarde ($p < .01$), R^2 model 1 = .224. Vervolgens is attitude toegevoegd, waarbij beide variabelen een significante bijdrage ($p < .05$) aan het model leverden, R^2 model 2 = .290.

Tabel 5. Lineaire regressie met als afhankelijke variabele intentie tot deelname aan HVW

Variabele	Model 1			Model 2		
	B	SE	Beta	B	SE	Beta
Constante	-.84	.84		-.2.32	1.02	
BB normen	.72	.18	.45**	.48	.20	.30*
Angst	.29	.21	.15	.36	.21	.19
Attitude				.53	.22	.30*

Note: $R^2 = .224$ voor model 1, R^2 change = .066 voor model 2 ($p < .01$), R^2 total = .290.

** $p < .05$, ** $p < .01$*

Uit de regressieanalyse blijkt dat het model, welke behavioral beliefs normen en attitude omvat, 29.0% verklaart van de variantie in intentie tot deelname aan HVW. De bijdrage van deze twee variabelen aan de voorspelling van intentie is nagenoeg gelijk (Beta = .30).

4.2.2 Voorspellers deelname aan HVW

Om te onderzoeken welke determinanten samenhangen met deelname aan HVW is de respondentengroep opgedeeld in HVW-vrijwilligers en niet-HVW-vrijwilligers. Tabel 6 en 7 geven respectievelijk een overzicht van de demografische en psychosociale kenmerken met als afhankelijke variabele aangemeld zijn bij HVW.

Tabel 6. Demografische kenmerken met als afhankelijke variabele deelname aan HVW

	HVW- vrijwilliger (N=403)		Niet-HVW- vrijwilliger (N=65)		Toetsing van de verschillen (2- zijdig)		
Variabele	N	%	N	%	X ²	df	p
Regio					.09	1	.76
• Ruraal	162	59.8	37	56.9			
• Urbaan	241	40.2	28	43.1			
Geslacht					1.83	1	.18
• Man	244	60.5	33	50.8			
• Vrouw	159	39.5	32	49.2			
Opleidingsniveau					1.38	1	.24
• Laag	215	53.3	29	44.6			
• Hoog	188	46.7	36	55.4			
Burgerlijke staat					1.88	1	.17
• Zonder partner	341	84.6	50	76.9			
• Met partner	62	15.4	15	23.1			
Werksituatie					1.30	1	.26
• Met werk	353	87.6	53	81.5			
• Zonder werk	50	12.4	12	18.5			
Werksector					1.91	1	.17
• Hulpverlening	201	49.9	39	60.0			
• Niet	202	50.1	26	40.0			

Uit tabel 6 is af te lezen dat de Chi-kwadraat toets geen significante verschillen vindt ($p > .05$) tussen HVW-vrijwilligers en niet-HVW-vrijwilligers betreffende demografische variabelen. Ook betreffende de leeftijd is er geen significant verschil tussen beide groepen ($p > .05$). Op

basis van deze onderzoeksresultaten wordt de conclusie getrokken dat HVW-vrijwilligers en niet-HVW-vrijwilligers niet van elkaar verschillen betreffende demografische kenmerken.

Tabel 7. Psychosociale kenmerken met als onafhankelijke variabele aangemeld zijn bij HVW

Variabele	HVW- vrijwilliger (N=403)		Niet-HVW- vrijwilliger (N=65)		Toetsing van de verschillen (2-zijdig)		
	M	SD	M	SD	U	Z	p
Attitude ¹	4.54	.49	3.99	.72	6539.5	-6.56	.00
Sociale norm ¹	3.06	.93	2.83	.91	10722.5	-2.40	.02
WGC reanimeren ¹	4.29	.67	3.97	.95	10883.0	-2.22	.03
WGC oproep ¹	2.85	.80	2.44	.85	9388.0	-3.70	.00
Altruïsme ¹	4.16	.60	4.11	.69	12755.0	-.34	.73
Angst ²	1.58	.46	1.84	.78	11080.5	-2.00	.05
BB Emotie ¹	4.19	.82	4.03	.95	11953.0	-1.17	.24
BB normen ¹	4.29	.58	3.88	.73	8715.0	-4.38	.00

¹range van 1 = helemaal oneens, t/m 5 = helemaal eens.

²range van 1 = niet, t/m 4 = in hoge mate.

Uit tabel 7 is af te lezen dat de Mann-Whitney U-test op meerdere psychosociale variabelen significante verschillen vindt tussen de twee groepen. De groep HVW-vrijwilligers scoort significant hoger op attitude ($p < .01$), sociale norm ($p < .05$), waargenomen gedragscontrole reanimeren ($p < .05$), waargenomen gedragscontrole oproep ($p < .01$) en behavioral beliefs normen ($p < .01$). De niet-HVW-vrijwilliger scoort daarentegen hoger op angst ($p < .05$). Op het gebied van altruïsme ($p = .733$) en behavioral beliefs emotie ($p = .244$) wordt er geen significant verschil gevonden tussen beide groepen. Ook betreffende ervaring is er geen significant verschil gevonden tussen beide groepen.

Om te kunnen beoordelen in welke mate de variabelen deelname aan HVW kunnen verklaren, zijn de significante resultaten uit de univariate analyses meegenomen in een logistische regressie. Dit zijn attitude, sociale norm, waargenomen gedragscontrole reanimeren, waargenomen gedragscontrole oproep, angst en behavioral beliefs normen.

Voordat er logistische regressieanalyse uitgevoerd mag worden moet de data gecheckt op een aantal assumpties (zie Appendix E.2). Omdat de data niet aan alle assumpties blijkt te voldoen is er gebruik gemaakt van bootstrapping, waardoor er toch logistische regressieanalyse uitgevoerd mag worden. De meegenomen variabelen zijn opnieuw op een hiërarchische wijze toegevoegd waardoor de logistische regressieanalyse voor deelname aan HVW uiteindelijk 2 modellen bevatte.

In tabel 8 zijn de resultaten van de logistische regressieanalyse weergegeven. In model 1 zijn de aanvullende determinanten (angst en behavioral beliefs normen) aan het model toegevoegd welke beide significante voorspellende waarde blijken te hebben ($p < .01$). Na het toevoegen van de determinanten uit de TPB (attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole reanimeren en waargenomen gedragscontrole oproep) in model 2, blijven de aanvullende determinanten een significante voorspellende waarde hebben ($p < .05$). Toegevoegde voorspellers die een significante waarde hebben zijn attitude ($p < .01$) en waargenomen gedragscontrole oproep ($p < .05$). Op basis van deze onderzoeksresultaten wordt de conclusie getrokken dat angst, behavioral beliefs normen, attitude en waargenomen gedragscontrole oproep een significante voorspellende waarde hebben voor het aangemeld zijn bij HVW.

Tabel 8. Effect van psychosociale determinanten op aanmelding bij HVW

	Model 0 (86.1%)			Model 1 (85.9%)			Model 2 (86.5%)		
	95% BHI			95% BHI			95% BHI		
Variabele	B(SE)	lower	Upper	B(SE)	Lower	Upper	B(SE)	Lower	Upper
Constant	-1.83(.13)**	-2.10	-1.59	.67(1.1)	-1.58	3.19	5.47(1.74)**	1.68	10.05
Angst				.89(.27)**	.30	1.39	.79(.35)*	.13	1.52
BB normen				-.98(.24)**	-1.44	-.56	-.62(.32)*	-1.18	-.01
Attitude							-1.11(.30)**	-1.78	-.71
Sociale norm							.20(.21)	-.20	.69
WGC reanim.							-.05(.27)	-.57	.57
WGC oproep							-.66(.25)*	-1.19	-.21

*Note: Model 1: $R^2 = .073$ (Cox & Snell), .132 (Nagelkerke). $X^2 = 6.61$ (Hosmer & Lemeshow), 35.53***

(Omnibus) ; Model 2: $R^2 = .137$ (Cox & Snell), .248 (Nagelkerke) $X^2 = 6.22$ (Hosmer &

*Lemeshow), 68.97** (Omnibus). * $p < .05$, ** $p < 0.01$*

Om inzicht te krijgen in welke mate de variantie in de afhankelijke variabele door het model wordt verklaard is er gebruik gemaakt van de Cox & Snell R Square en de Nagelkerke R

Square. Deze geven respectievelijk een waarde van .137 en .248, wat suggereert dat tussen de 13.7% en 24.8% van de variabiliteit in de uitkomst variabele verklaard wordt door het model.

De toevoeging van de voorspellende variabele aan het model zorgt ervoor dat de voorspellende waarde van het model iets toeneemt. Voordat er voorspellende variabelen waren toegevoegd, was het juist voorspelde aantal gevallen 86.1%. Door het toevoegen van de voorspellende variabelen aan het model is dit percentage gestegen tot 86.5%.

4.3 Mediatie

Wanneer bij een regressieanalyse een significante bijdrage van een variabele aan de uitkomstvariabele wegvalt door het invoegen van een extra variabele is mogelijk sprake van mediatie. In dit geval is er gekeken naar de mediërende werking van de determinanten van de TPB op de demografische en aanvullende determinanten. Voor zowel intentie als daadwerkelijke deelname aan HVW blijkt dat er geen significante resultaten wegvielen door het invoegen van de determinanten van de TPB aan het model. Dit betekent dat er van mediatie geen vermoeden is met als gevolg dat er geen mediatie analyses uitgevoerd zijn.

4.4 Verschillen rurale & urbane gebieden

Om te onderzoeken in hoeverre verschillende gebieden van elkaar verschillen in demografische en psychosociale factoren betreffende (intentie tot) deelname aan HVW zijn reanimisten uit rurale gebieden vergeleken met reanimisten uit urbane gebieden. Tabel 9 en 10 geven een overzicht van de demografische en psychosociale kenmerken van de respondentengroep.

Tabel 9. Demografische kenmerken rurale en urbane regio's

	Ruraal (N=190)		Urbane (N=278)		Toetsing van de verschillen (2-zijdig)		
Variabele	N	%	N	%	χ^2	df	p
Aangemeld							
• HVW-vrijwilliger	162	86.7	241	85.3	.09	1	.76
• Niet HVW-vrijwilliger	28	13.3	37	14.7			
Geslacht					.00	1	1.00
• Man	112	58.9	165	59.4			
• Vrouw	78	41.1	113	40.6			
Opleidingsniveau					3.16	1	.08
• Laag	109	57.4	135	48.6			
• Hoog	81	42.6	143	51.4			
Burgerlijke staat					.91	1	.34
• Zonder partner	27	14.2	50	18.0			
• Met partner	163	85.8	228	82.0			
Werksituatie					.55	1	.46
• Met werk	168	88.4	238	85.6			
• Zonder werk	22	11.6	40	14.4			
Werksector					.00	1	.99
• Hulpverlening	98	51.6	142	51.1			
• Niet	92	48.4	136	48.9			

Uit tabel 9 is af te lezen dat de Chi-kwadraat toets geen significante verschillen ($p > .05$) vindt in kenmerken van de respondenten afkomstig uit verschillende gebieden. Ook betreffende de leeftijd is er geen significant verschil tussen rurale en urbane gebieden ($p > .05$). Op basis van

deze onderzoeksresultaten wordt de conclusie getrokken dat reanimisten uit rurale en urbane gebieden niet van elkaar verschillen betreffende demografische kenmerken.

Tabel 10. Psychosociale kenmerken rurale en urbane regio's

	Ruraal (N=190)		Urbane (N=278)		Toetsing van de verschillen (2-zijdig)		
Variabele	M	SD	M	SD	U	Z	p
Intentie ¹ (N=65)	2.52	.97	2.78	1.02	440.00	-1.05	.30
Attitude ¹	4.44	.59	4.48	.54	25980.00	-.30	.76
Sociale norm ¹	3.08	.85	2.99	.98	25579.00	-.59	.55
WGC Reanimeren ¹	4.26	.70	4.23	.73	26054.50	-.251	.80
WGC oproep ¹	2.89	.84	2.73	.80	23419.50	-2.01	.04
Altruïsme ¹	4.14	.64	4.17	.60	25747.50	-.46	.64
Angst ²	1.61	.51	1.61	.53	26109.50	-.21	.83
BB Emotie ¹	4.19	.79	4.15	.88	26345.50	-.05	.96
BB normen ¹	4.27	.57	4.21	.65	25564.00	-.60	.55

¹range van 1 = helemaal oneens, t/m 5 = helemaal eens.

²range van 1 = niet, t/m 4 = in hoge mate.

Tabel 10 geeft een overzicht van de psychosociale kenmerken van de respondentengroep. De Mann-Whitney U-test vindt dat rurale gebieden significant hoger scoren op waargenomen gedragscontrole oproep dan urbane gebieden ($p < .05$). Op de overige factoren worden er geen significante verschillen ($p > .05$) gevonden tussen de respondenten afkomstig uit de rurale gebieden en respondenten afkomstig uit de urbane gebieden.

Een van de aanvullende determinanten die niet genoemd is in bovenstaand overzicht is ervaring. Een Chi-kwadraat toets geeft aan dat er op het gebied van ervaring sprake is van een significant verschil tussen rurale en urbane gebieden. Respondenten uit rurale gebieden geven aan meer mensen in hun nabije omgeving te kennen met hart en/of vaatziekten ($X^2 = 5.154$, $p = .023$). Op basis van deze onderzoeksresultaten wordt de conclusie getrokken dat reanimisten uit rurale en urbane gebieden, op waargenomen gedragscontrole oproep en ervaring na, niet van elkaar verschillen betreffende psychosociale kenmerken.

4.5 Extra vragen HVW/GHOR

Naast de onderzoeksvragen die in dit onderzoek centraal staan zijn er ook nog een aantal extra vragen gesteld welke van toegevoegde waarde kunnen zijn voor doeleinden van de GHOR en HVW. Er is gevraagd waarom reanimesten wel of niet deelnemen aan HVW en of reanimesten bereid waren als burgerhulpverlener te helpen bij een (grootschalig) incident. De resultaten op de aanvullende vragen worden hier beschreven.

4.5.1 Waarom aangemeld

De eerste extra vraag luidt: Waarom heeft u zich aangemeld bij HVW? Deze vraag is gesteld aan de reanimesten die aangaven deel te nemen aan HVW. Tabel 11 geeft een overzicht van de gegeven antwoorden.

Tabel 11. Waarom heeft u zich aangemeld bij HVW?

Variabele	N	%
Ik vind het een waardevol project waar ik graag aan wil bijdragen	338	75
Ik vind het belangrijk om mensen om mij heen te helpen	338	75
Ik voel mij vanuit de gemeenschap waarin ik leef verplicht om mee te doen	132	29
Ik wil mijn kennis en vaardigheden graag in de praktijk toepassen	122	27
Ik heb ooit een reanimatie/hartstilstand meegemaakt en weet hoe belangrijk het is om snel te kunnen reageren	108	24
Vanwege morele principes	63	14
Ik heb een partner/familielid/vriend met hartklachten en wil voor hem/haar klaar staan	34	8
Ik doe soortgelijke taken al in mijn professionele werk	17	4
Anders namelijk...	4	1
Weet niet	0	0

Respondenten mochten 3 antwoorden invullen

Uit tabel 11 is af te lezen dat reanimesten zich vooral aanmelden bij HVW omdat het als een belangrijk project wordt gezien (75%) en omdat reanimesten het belangrijk vinden mensen om mensen om zich heen te helpen (75%). Verder lijkt de omgeving een belangrijke stimulerende werking te hebben (29%) en geeft de reanimist aan zijn kennis en vaardigheden graag in de praktijk toe te passen (27%). Een laatste veel genoemde reden om deel te nemen betreft ervaring op het gebied van reanimatie/hartstilstand (24%).

4.5.2 Waarom niet aangemeld

De tweede extra vraag luidt: Waarom heeft u zich niet aangemeld bij HVW? Deze vraag is gesteld aan de reanimisten die aangaven niet deel te nemen aan HVW. Tabel 12 geeft een overzicht van de gegeven antwoorden.

Tabel 12. Waarom heeft u zich niet aangemeld bij HVW?

Variabele	N	%
Ik ben niet voldoende beschikbaar	21	27
Anders namelijk...	15	19
Ik had er nog niet van gehoord	14	18
Ik doe soortgelijke taken al in mijn professionele werk	9	12
Dit type vrijwilligerswerk vind ik eng	8	10
Ik doe al ander vrijwilligerswerk	8	10
Weet niet	8	10
Ik heb geen tijd voor HVW	7	9
Dit type vrijwilligerswerk brengt te veel verantwoordelijkheden met zich mee	6	8
Dit type vrijwilligerswerk levert mij te veel stress op	6	8
Ik ben lichamelijk niet in staat om dit soort vrijwilligerswerk te verrichten	4	5
Dit soort vrijwilligerswerk interesseert mij niet	1	1
Het levert mij niets op	0	0

Respondenten mochten 3 antwoorden invullen

Uit tabel 12 is af te lezen dat de antwoorden op de vraag waarom mensen niet aangemeld zijn bij HVW een stuk meer verdeeld zijn dan de antwoorden op de vraag waarom mensen wel deelnemen aan HVW. De belangrijkste reden die naar voren komt is dat mensen niet voldoende beschikbaar zijn (27%). Daarnaast geven ook veel mensen aan dat ze er nog niet van hadden gehoord (18%) en dat ze al soortgelijke taken doen in hun professionele werk (12%). Verder wordt er gevonden dat mensen niet deelnamen aan HVW omdat ze het eng vinden (10%) of dat ze het teveel stress oplevert (8%). De mensen die invulden ‘*Anders namelijk*’, gaven veelal aan dat HVW niet actief was in hun buurt.

4.5.3 Bereidheid hulpverlening bij rampen/crises

De laatste extra vraag die is gesteld luidt: Bent u bereid als burgerhulpverlener te helpen bij een (grootschalig) incident? Deze vraag is gesteld aan alle respondenten. Tabel 13 geeft een overzicht van de gegeven antwoorden.

Tabel 13. Bereidheid hulpverlening rampen/crises

Variabele	Aangemeld		Totaal	
	Ja	Nee	N	
Zeker niet	1	1	2	.4
Waarschijnlijk niet	7	5	12	2.6
Misschien	19	10	29	6.2
Waarschijnlijk wel	122	23	145	31.0
Zeker wel	254	26	284	60.8
Totaal	403	65	468	100

Een Mann-Whitney U-test geeft aan dat reanimisten die aangemeld zijn bij HVW een significant hogere bereidheid vertonen tot deelname aan burgerhulpverlening bij rampen/crises ($U = 9373.5$, $p < .001$). Echter ook de reanimisten die niet deelnemen aan HVW geven in grote getalen aan bereid te zijn zich in te zetten in geval van een (grootschalige) ramp of crisis.

5. Conclusie & discussie

HVW is een netwerk waarbij vrijwilligers worden ingezet om slachtoffers van een hartstilstand sneller van hulp te kunnen voorzien. Omdat dit netwerk het best functioneert wanneer veel vrijwilligers zijn aangemeld is HVW continu bezig met werving. In deze scriptie wordt verslag gedaan van onderzoek naar demografische en psychosociale determinanten die samenhangen met deelname aan HVW bij reanimisten in verschillende gebieden in de regio NOG. Dit kan HVW in de toekomst helpen vrijwilligers te werven en te behouden.

Er is op basis van literatuur en een kwalitatief vooronderzoek een model opgesteld waarin alle relevante determinanten zijn meegenomen die een voorspellende waarde op (intentie tot) deelname aan HVW lijken te hebben. De TPB (Ajzen, 1991) dient in dit model als basis (attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole), waaraan drie determinanten zijn toegevoegd die naar voren zijn gekomen uit het kwalitatieve vooronderzoek (angst, altruïsme en ervaring). Aan de hand van het model is een online vragenlijst ontwikkeld die is verspreid bij reanimisten in rurale en urbane gebieden in NOG.

Uit de resultaten komt naar voren dat reanimisten die een positief beeld hebben over HVW eerder deelnemen aan HVW en een hogere intentie tot deelname hebben (attitude). Overtuigingen die aan dit positieve beeld bijdragen zijn: het gevoel hebben dat HVW past bij de normen en waarden, HVW de mogelijkheid geeft bij te kunnen dragen aan de veiligheid in de buurt en het een voldane gevoel dat deelname geeft (behavioral beliefs normen). Het oproepaspect van HVW is voor reanimisten een barrière in hun keuze om deel te nemen aan HVW. Reanimisten die aangeven dat HVW niet goed aansluit op hun leven nemen minder vaak deel (waargenomen gedragscontrole oproep). Een andere barrière in de keuze om deel te nemen aan HVW is angst voor de verschillende situaties waar een HVW-vrijwilliger mee in aanraking kan komen (angst). In totaal werd 29% van de intentie tot deelname en 25% van de daadwerkelijke deelname aan HVW verklaard door het model. Er is geen sprake van mediatie van de gedragsdeterminanten uit de TPB. Uit de vergelijking tussen rurale en urbane gebieden wordt duidelijk dat met name de urbane reanimist aangeeft dat het oproepaspect van HVW niet aansluit op het leven. Verder is de rurale reanimist vaker in aanraking geweest met hart- en vaatziekten in de directe omgeving.

Uit de aanvullende vragen blijkt dat reanimisten deelnemen aan HVW omdat het gezien wordt als een waardevol project waar ze graag aan willen bijdragen en dat reanimisten het belangrijk

vinden om mensen om zich heen te helpen. De meest genoemde reden om geen deel te nemen aan HVW is het niet voldoende beschikbaar zijn. Tot slot geeft de meerderheid aan bereid te zijn zich in te willen zetten in geval van een (grootschalig) incident.

5.1 Voorspellers (intentie tot) deelname aan HVW

De eerste onderzoeksvraag die is beantwoord luidt: *In hoeverre is er sprake van een samenhang tussen demografische en psychosociale factoren en (intentie tot) deelname aan Hartveilig wonen bij reanimisten in NOG?* Om deze vraag te beantwoorden is er onderscheid gemaakt tussen intentie tot deelname aan HVW en daadwerkelijke deelname aan HVW. Eerst is onderzocht of er sprake is van een samenhang tussen de factoren en intentie en vervolgens is onderzocht of er sprake is van een samenhang tussen de factoren en daadwerkelijke deelname aan HVW.

5.1.1 Intentie tot deelname aan HVW

De eerste variant van de onderzoeksvraag die is beantwoord luidt: *In hoeverre is er sprake van een samenhang tussen demografische en psychosociale factoren en intentie tot deelname aan HVW?* Om deze vraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van de respondenten die niet zijn aangemeld bij HVW (N=65). Het onderzoek laat zien dat er op het gebied van demografie geen variabelen samenhangen met de mate van intentie tot deelname aan HVW. Van de onderzochte psychosociale variabelen bleken er drie een samenhang te vertonen met intentie, te weten: angst, behavioral beliefs en attitude. Van deze variabelen bleken de behavioral beliefs en attitude een voorspellende waarde te hebben op de mate van intentie.

Attitude blijkt een positief effect te hebben op de mate van intentie tot deelname aan HVW. Dat attitude een voorspellende variabele is voor intentie komt overeen met onderzoek naar vrijwilligerswerk (Warburton & Terry, 2000), bereidheid tot het toepassen van reanimatie (Vaillancourt, Kasaboski et al, 2013) en deelname aan een reanimatie-initiatief (Meijerink, 2009). Aan de hand van behavioral beliefs is er dieper ingegaan op de overtuigingen waaruit de attitude onder andere is opgebouwd. Hieruit wordt duidelijk dat reanimisten met een hogere intentie het gevoel hebben dat HVW past bij de normen en waarden, het de mogelijkheid geeft bij te kunnen dragen aan de veiligheid in de buurt en dat het een voldaan gevoel geeft. Dit komt overeen met de motivaties die werden genoemd in de gesprekken met de mensen in het veld. Wanneer deze overtuigingen over HVW bij niet-HVW-vrijwilligers gecreëerd kunnen worden, zal dit een positief effect hebben op de mate van intentie tot deelname aan HVW.

Angst is een variabele die geen voorspellende waarde heeft op de intentie maar er wel mee correleert. Opvallend is dat angst positief correleert met intentie, wat impliceert dat hoe meer angst iemand ervaart, hoe hoger zijn/haar intentie is tot deelname aan HVW. Dit staat in contrast met studies die stellen dat angst een barrière vormt in de keuze tot het volgen van een reanimatiecursus en voor de bereidheid tot het toepassen van reanimatie (Vaillancourt & Grimshaw, 2008). Hier is mogelijk sprake van een omgekeerde U-verdeling. Dat wil zeggen dat een gemiddelde mate van angst het meest positieve effect heeft op intentie tot deelname aan HVW. Het ervaren van geen angst met betrekking tot deelname aan HVW kan betekenen dat iemand deelname nog niet daadwerkelijk heeft overwogen. Doordat deelname nog niet is overwogen, zijn mogelijke angstige situaties waarin een HVW-vrijwilliger terecht kan komen ook nog niet doordacht. Omdat deelname aan HVW nog niet daadwerkelijk is overwogen zal dit gepaard gaan met een lage intentie. Zo kan een laag angst niveau samen gaan met een lage intentie. Het tegenovergestelde kan ook het geval zijn. Reanimisten kunnen deelname aan HVW hebben overwogen waarbij veel is nagedacht over de mogelijke angstige situaties waarin een HVW-vrijwilliger terecht kan komen. Een te hoog angstniveau kan zo als barrière gaan werken, waardoor intentie tot deelname aan HVW zal dalen. Een gemiddeld niveau van angst betekent in dit geval dat iemand daadwerkelijk heeft nagedacht over deelname aan HVW, maar hierbij niet zo veel angst ervaart dat dit leidt tot een negatieve intentie. Om te achterhalen of er sprake is van dit beschreven verband is aanvullend onderzoek nodig.

5.1.2 Deelname aan HVW

De tweede variant van de eerste onderzoeksvraag die is beantwoord luidt: *In hoeverre is er sprake van een samenhang tussen demografische en psychosociale factoren en deelname aan HVW?* Om deze vraag te beantwoorden is de respondentengroep opgedeeld in HVW-vrijwilligers en niet-HVW-vrijwilligers. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat beide groepen op demografisch gebied niet van elkaar verschillen. Dit betekent dat geen van de demografische variabelen een voorspellende waarde heeft op deelname aan HVW. Op het gebied van psychosociale variabelen bleken beide groepen wel verschillen te vertonen, en bleken een aantal variabelen een voorspellende waarde te hebben op deelname aan HVW. De variabelen waar verschillen op werden gevonden waren: attitude, sociale norm, waargenomen gedragscontrole reanimeren, waargenomen gedragscontrole oproep, angst en behavioral beliefs normen. Van deze variabelen bleken attitude, waargenomen gedragscontrole oproep, angst en behavioral beliefs normen, ook daadwerkelijk een voorspeller te zijn op deelname aan HVW.

De attitude van de reanimist heeft het grootste effect op deelname aan HVW. Reanimisten die een positief beeld hebben van HVW zijn vaker aangemeld bij HVW dan reanimisten die een negatiever beeld hebben. Dit is in overeenstemming met de TPB welke stelt dat een positievere attitude tegenover bepaald gedrag resulteert in een grotere kans op het daadwerkelijk uitvoeren van dit gedrag (Ajzen, 1991). Net als voor intentie geldt voor daadwerkelijke deelname een positieve effect van de overtuigingen dat HVW past bij de normen en waarden, het de mogelijkheid geeft bij te kunnen dragen aan de veiligheid in de buurt en dat deelname een voldaan gevoel geeft. Het creëren van het gevoel dat HVW aansluit op de genoemde overtuigingen heeft een positief effect op deelname aan HVW.

Waargenomen gedragscontrole oproep heeft, net als attitude, een positief effect op deelname aan HVW. Reanimisten die aangeven goed te kunnen voldoen aan het oproep aspect van HVW zijn vaker HVW-vrijwilliger. Reanimisten die niet zijn aangemeld bij HVW geven aan te weinig thuis te zijn, last te hebben van belemmerende leefomstandigheden of het idee te hebben niet snel ter plekke te kunnen zijn in geval van een HVW-oproep. Wanneer deze barrières weggenomen kunnen worden zal dit een positief effect hebben op de deelname aan HVW.

Angst blijkt negatief samen te hangen met deelname aan HVW. Reanimisten die niet deelnemen aan HVW vertonen meer angst voor aspecten van HVW. Deze angsten liggen op het gebied van: het reanimeren van bekenden, spanning om opgeroepen te worden en angst hebben om niet goed genoeg te kunnen reanimeren. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen uit het kwalitatief vooronderzoek. Wanneer deze angsten weggenomen kunnen worden bij de reanimist zal dit een positief effect hebben op de deelname aan HVW.

Variabelen die geen voorspellend effect hebben op deelname aan HVW, maar waarop HVW-vrijwilligers en niet-HVW-vrijwilligers wel van elkaar verschillen zijn sociale norm en waargenomen gedragscontrole reanimeren. Waar in de literatuur geen ondersteuning was voor het feit dat sociale norm van invloed zou kunnen zijn op deelname aan een burgerhulpinitiatief (Vaillancourt, Kasaboski et al, 2013; Warburton & Terry, 2000; Meijerink, 2009), was dit een variabele welke meermaals naar voren kwam in het kwalitatieve vooronderzoek. Mensen in het veld gaven aan deel te nemen aan HVW omdat het leefde in de buurt en omdat andere mensen in hun omgeving ook deelnamen. Ondanks dat sociale norm wel positief samenhangt met deelname aan HVW gaat er geen voorspellende waarde uit van sociale norm. De resultaten in dit onderzoek zijn daarmee in overeenstemming met de eerder

genoemde studies (Vaillancourt, Kasaboski et al, 2013; Warburton & Terry, 2000; Meijerink, 2009).

Wat betreft waargenomen gedragscontrole reanimeren scoorden de HVW-vrijwilligers hoger dan reanimisten die niet aangemeld waren bij HVW. Dit betekent dat HVW-vrijwilligers het idee hebben beter te kunnen reanimeren dan niet-HVW-vrijwilligers. Dit komt overeen met onderzoek naar reanimeren, vrijwilligerswerk en deelname aan een burgerhulpinitiatief (Vaillancourt, Kasaboski et al, 2013; Warburton & Terry, 2000; Meijerink, 2009).

5.2 Mediatie

De tweede onderzoeksvraag die is beantwoord luidt: *In hoeverre mediëren de gedragsdeterminanten (attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole) de relaties tussen de demografische variabelen en aanvullende determinanten betreffende (intentie tot) deelname aan HVW?* Er bleek in dit onderzoek geen mediërende werking uit te gaan van de gedragsdeterminanten .

Dat er geen sprake is van mediatie is niet in overeenstemming met het hypothetische model. Zo is er gevonden dat behavioral beliefs een directe invloed hebben op (intentie tot) gedrag. Het model stelt echter dat behavioral beliefs gemedieerd zouden worden door attitude. Een andere bevinding welke wel in overeenstemming is met het hypothetische model maar niet met de theorie is de directe invloed van angst. Ajzen (2014) stelt dat emoties in het model op te nemen zijn en dat deze een indirecte invloed hebben op gedrag via beliefs. Uit dit onderzoek kan afgeleid worden dat angst een directe invloed heeft op gedrag en niet gemedieerd wordt door een van de determinanten van de TPB. Het feit dat emoties niet worden opgevangen door de TPB, maakt dat dit niet het meest geschikte model is voor gedrag waarbij zowel een rationeel als een emotioneel component een rol speelt.

In toekomstig onderzoek is van belang dat er een model wordt gekozen waar naast het rationele component ook rekening wordt gehouden met het emotionele component. Hier kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de Protectie Motivatie Theorie (Rogers, 1983). Ondanks dat dit een model is dat normaal wordt gebruikt voor gezondheidsgedrag is dit wel een model waarin rekening wordt gehouden met zowel rationele aspecten als emotionele aspecten als angst, welke in dit onderzoek als voorspeller naar voren kwam.

5.3 Verschillen rurale & urbane gebieden

De derde onderzoeksvraag die is beantwoord luidt: *In hoeverre verschillen rurale en urbane gebieden binnen NOG van elkaar in de demografische en psychosociale factoren betreffende (intentie tot) deelname aan HVW?* Om deze vraag te beantwoorden is de respondentengroep opgesplitst in twee groepen op basis van de stedelijkheid van hun woonomgeving (ruraal & urbaan).

Uit de vergelijking komt naar voren dat urbane en rurale gebieden niet van elkaar verschillen betreffende demografie. Dit impliceert dat de rurale reanimist dezelfde demografische kenmerken vertoont als de urbane reanimist. Voor HVW betekent dit dat er op basis van demografische kenmerken, voor werving en behoud, geen onderscheid gemaakt hoeft te worden tussen rurale en urbane gebieden. Op het gebied van psychosociale variabelen blijken rurale gebieden op twee punten een verschil te vertonen met urbane gebieden. Dit is op waargenomen gedragscontrole oproep en ervaring. Respondenten uit rurale gebieden scoren hoger dan respondenten uit urbane gebieden op de schaal waargenomen gedragscontrole oproep. Dit betekent dat respondenten uit rurale gebieden beter gehoor denken te kunnen geven aan een oproep van HVW dan respondenten uit urbane gebieden. Respondenten uit urbane gebieden geven aan te weinig thuis te zijn, last te hebben van belemmerende leefomstandigheden of het idee te hebben niet snel ter plekke te kunnen zijn in geval van een HVW-oproep. Samengevat kan er gesteld worden dat het onregelmatige/onverwachte karakter van HVW niet aansluit op het leven van de urbane reanimist. Dat de urbane reanimist hier meer last van ondervindt dan de rurale reanimist kan liggen in verschillen in de persoonlijke situatie, echter op het gebied van werk of burgerlijke staat worden er in dit onderzoek geen verschillen gevonden. Een tweede punt waarop rurale en urbane gebieden van elkaar verschillen betreft ervaring. Respondenten uit rurale gebieden gaven significant vaker aan mensen in hun nabije omgeving te kennen die te kampen hadden met hart/ vaatziekten. Het feit dat er in rurale gebieden meer sprake is van vergrijzing dan in urbane gebieden kan hier de oorzaak van zijn (CBS, 2009). Aangezien de kans op hart/ vaatziekten toeneemt met de leeftijd, zullen er in rurale gebieden relatief meer mensen wonen met hart/ vaatziekten.

Naast waargenomen gedragscontrole oproep en ervaring worden er in deze studie geen psychosociale verschillen gevonden die het verschil in deelname aan HVW tussen rurale en urbane gebieden zouden kunnen verklaren. Dit zou wel verwacht worden op basis van eerder onderzoek waarbij gevonden is dat rurale en urbane regio's van elkaar verschillen in de mate waarin prosociaal gedrag vertoond wordt (Hedge & Yousif, 1992; Steblay, 1987). Dat er, op

waargenomen gedragscontrole oproep en ervaring na, geen verschillen zijn gevonden, kan liggen in het feit dat er in deze studie gebruik gemaakt is van reanimisten. Door enkel gebruik te maken van reanimisten, worden automatisch de burgers geselecteerd die al enig prosociaal gedrag vertonen, of in ieder geval, gedrag dat mensen beter in staat stelt om prosociaal gedrag te vertonen. Blijkbaar is de reanimist al een zodanig gespecificeerde doelgroep, dat dit de invloed van de mate van stedelijkheid overstijgt.

Een andere mogelijkheid is dat de NOG in vergelijking tot andere regio's te ruraal is om realistische uitspraken te kunnen doen over verschillen tussen rurale en urbane gebieden. Doordat het contrast van ruraal versus urbaan klein is, is het lastig om verschillen te vinden tussen reanimisten afkomstig uit deze twee gebieden. Voor HVW betekenen de bevindingen van dit onderzoek dat er op waargenomen gedragscontrole oproep en ervaring na, geen rekening gehouden hoeft te worden met verschillen in psychosociale variabelen tussen rurale en urbane gebieden binnen de NOG. Om te achterhalen of deze resultaten generaliseerbaar zijn voor de rest van Nederland zal aanvullend onderzoek gedaan moeten worden in een regio waar sprake is van een groter contrast in mate van stedelijkheid dan in NOG.

5.4 Extra vragen HVW/GHOR

Voor HVW is het erg handig om te weten wat de motivaties zijn van reanimisten om wel of niet deel te nemen aan HVW. Op basis van onderzoek van Meijerink (2009) zijn een aantal antwoord categorieën voorgelegd aan de respondenten die de belangrijkste motivaties weergeven om wel of niet deel te nemen aan een reanimatie netwerk.

De meest genoemde redenen om deel te nemen komen veelal overeen met de bevindingen uit dit onderzoek. Zo is de eerste genoemde motivatie die veel voorkomt: *'Ik vind het een waardevol project waar ik graag aan wil bijdragen'* (75%). Dit betreft de attitude tegenover het project. Hiervan is gevonden dat deze de deelname aan HVW ook daadwerkelijk voorspelt. De tweede genoemde motivatie die veel voorkomt is: *'Ik vind het belangrijk om mensen om mij heen te helpen'* (75%). Dit is een motivatie die gelijkenis vertoont met één van de items uit de schaal behavioral beliefs normen. Deze schaal bleek ook een voorspellende waarde te hebben op (intentie tot) deelname aan HVW. Verder wordt aangegeven dat veel reanimisten zich vanuit de gemeenschap verplicht voelen om mee te doen, wat overeenkomt met de hogere sociale norm die wordt gevoeld door HVW-vrijwilligers. Daarnaast wordt gevonden dat reanimisten deelnemen aan HVW, omdat ze hun kennis en vaardigheden in de praktijk willen toepassen. Dit sluit goed aan op de hogere mate van waargenomen

gedragscontrole reanimeren die HVW-vrijwilligers ervaren. Een laatste veel genoemde reden om deel te nemen aan HVW is dat mensen aangeven dat ze ooit een reanimatie/hartstilstand hebben meegemaakt. In de onderzoeksresultaten wordt echter niet gevonden dat ervaring een voorspeller is voor deelname aan HVW.

Ook de meest genoemde redenen om niet deel te nemen aan HVW worden ondersteund door de bevindingen in dit onderzoek. De meest genoemde reden om niet deel te nemen aan HVW is dat reanimisten aangeven niet voldoende beschikbaar te zijn. Dit komt overeen met de bevindingen in dit onderzoek waar is gevonden dat waargenomen gedragscontrole oproep een voorspeller is voor deelname aan HVW. Andere barrières die veel genoemd werden zijn angst en stress. Dit komt overeen met het feit dat angst een voorspeller is in de keuze om deel te nemen aan HVW. Wat verder opvalt is dat veel mensen aangeven HVW niet te kennen of dat het niet actief is in hun buurt. Ook hebben veel reanimisten geen idee waarom ze niet deel nemen aan HVW. Dit duidt erop dat reanimisten meer in contact moeten worden gebracht met (de positieve punten van) HVW.

Op de vraag of reanimisten bereid zijn als burgerhulpverlener op te treden in het geval van een (grootschalig) incident wordt in grote mate instemmend gereageerd. Dit geldt zowel voor reanimisten die aangemeld zijn bij HVW als voor reanimisten die dat niet zijn. Deze bevinding geeft de GHOR een basis om zich nader te gaan oriënteren op het gebied van de inzet van burgers in geval van (grootschalige) incidenten.

5.5 Implicaties en Limitaties

Met dit onderzoek, waarin gebruik is gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodes, is inzicht verkregen in de voorspellende factoren voor (intentie tot) deelname aan HVW. Waar Meijerink (2009) in soortgelijk onderzoek haar uitspraken moest beperken tot de voorspellers van intentie tot deelname, kunnen er op basis van deze studie uitspraken gedaan worden over voorspellers van daadwerkelijk deelname aan een reanimatienetwerk. Door een combinatie van determinanten die voortkomen uit literatuur en uit de praktijk geeft dit onderzoek een realistisch beeld van de overwegingen van de reanimist in de keuze om deel te nemen aan HVW. Naast de directe invloed van de determinanten is er ook onderzoek gedaan naar de overtuigingen die ten grondslag liggen aan de houding tegenover HVW, welke de resultaten beter interpreteerbaar maken. Dit biedt HVW meer houvast in het conceptualiseren van een plan voor het effectiever werven en behouden van vrijwilligers. Door het inzichtelijk maken van de triggers en barrières in de keuze van reanimisten om deel te nemen aan HVW,

is er tevens een belangrijke stap gezet in de beeldvorming aangaande burgerhulpverlening in het algemeen. Deze kennis is nodig voor de GHOR om haar speerpunten op het gebied van burgerparticipatie en zelfredzaamheid vorm te kunnen geven. Naast inzicht in de overwegingen om deel te nemen aan een burgerhulpverleningsnetwerk als HVW, weet de GHOR nu dat het merendeel van de reanimisten bereid is zich in te zetten in geval van een (grootschalige) ramp/crises. Dit geeft de GHOR een basis waarvan uit het verder kan werken aan de vormgeving van een burgerhulpverleningssysteem in Nederland welke ingezet kan worden in geval van een (grootschalige) ramp of crisis.

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten dient rekening gehouden te worden met een aantal limitaties van het onderzoek. Een eerste limitatie betreft het aantal respondenten in de groep niet-HVW-vrijwilligers. Van de 468 respondenten waren 403 mensen HVW-vrijwilliger en waren er slechts 65 niet aangemeld bij HVW. Doordat deze laatste groep zo klein is, is het mogelijk dat bestaande verschillen niet zijn gevonden.

Een tweede limitatie van het onderzoek betreft de onderscheidsgrens tussen rurale en urbane gebieden. Voor dit onderzoek is deze grens gelegd op een adressendichtheid van 500 adressen per km². Het CBS beschrijft deze grens als overgang van niet-stedelijk tot weinig-stedelijk. Voor deze grens is gekozen omdat de regio NOG beschikt over relatief weinig stedelijk gebied. Deze lage onderscheidsgrens zorgt ervoor dat dit onderzoek niet generaliseerbaar is naar andere regio's waarin HVW actief is.

Een laatste limitatie is dat de schaal waargenomen gedragscontrole oproep een lage betrouwbaarheid heeft. Over het algemeen wordt een schaal met een CA waarde van $>.70$ gezien als betrouwbaar, echter had deze schaal slechts een CA van $.58$. Dit betekent dat de mate waarin de items onderling samenhangen niet hoog genoeg is om te stellen dat ze dezelfde eigenschap meten. Dat er toch significante resultaten worden gevonden doet vermoeden dat deze schaal belangrijke voorspellers bevat voor deelname aan HVW. Om de voorspellende waarde van de specifieke items te onderzoeken is nader onderzoek nodig.

6. Aanbevelingen

Nu er inzicht is verkregen in de kenmerken en motivaties van reanimisten in NOG betreffende deelname aan HVW kunnen er een aantal aanbevelingen gedaan aan HVW ter bevordering van het vrijwilligersaantal. Daarnaast worden er enkele suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Werving

- 1. Houd rekening, bij het werven en behouden van vrijwilligers, met stimulansen (behavioral beliefs normen & attitude) en barrières (waargenomen gedragscontrole oproep & angst) in de keuze om deel te nemen aan HVW.**

Uit het onderzoek komen een aantal voorspellers naar voren die een stimulerend of belemmerend effect hebben op (intentie tot) deelname aan HVW. Wanneer de stimulansen uitvergroot worden, en de barrières weggenomen, heeft dit een positieve invloed op het vrijwilligersaantal van HVW.

Een factor die als stimulans kan werken is de attitude tegenover HVW. Deze kan positief gestimuleerd worden door het gevoel te creëren dat: HVW aansluit op de normen en waarden, HVW het mogelijk maakt bij te dragen aan de veiligheid in de buurt, deelname aan HVW voldoening geeft. Het creëren van deze positieve attitude kan bijvoorbeeld gedaan worden door HVW te verbinden aan organisaties of verenigingen waartegenover de reanimist de genoemde overtuigingen al ervaart, zoals de lokale brandweer.

Een barrière die weggenomen moet worden, betreft het gevoel dat deelname aan HVW niet mogelijk is omdat de reanimist niet (altijd) kan voldoen aan een oproep van HVW. De reanimist moet duidelijk worden gemaakt dat de keuze om deel te nemen aan HVW niet moet afhangen van de keren dat er geen gehoor gegeven kan worden aan een oproep. De nadruk moet gelegd worden op die ene keer dat de reanimist wel in staat is om gehoor te geven aan een oproep en zo het leven van iemand uit de buurt kan redden. Een andere manier om deze barrière weg te nemen is door het oproepen van reanimisten niet plaats te laten vinden op basis van adres maar op basis van locatie. Doordat reanimisten bij oproep op basis van locatie alleen worden opgeroepen wanneer zij zich in de buurt van het ongeval bevinden, zal het oproepaspect van HVW minder een barrière zijn. Daarnaast zal dit een positieve uitwerking hebben op de tijd waarin slachtoffers van een hartstilstand geholpen kunnen worden.

Een tweede barrière die zoveel mogelijk moet worden weggenomen is angst. Reanimisten geven aan niet deel te willen nemen omdat ze bang zijn voor een oproep, voor de psychologische nasleep en angst hebben voor het niet onder de knie hebben van de reanimatie vaardigheden. HVW kan deze angsten wegnemen door reanimisten meer te informeren over alle aspecten van HVW, vaker de mogelijkheid geven hun reanimatievaardigheden op peil te houden en duidelijk te maken dat er mogelijkheid is tot slachtofferhulp in geval van betrokkenheid bij een reanimatie.

Wanneer de focus wordt gelegd op de bovenstaande punten is het mogelijk om reanimisten te betrekken die tot nu toe nog niet deelnamen aan HVW. Daarnaast zal dit een positieve invloed uitoefenen op het behoud van reanimisten die zich reeds hebben aangemeld bij HVW.

2. Richt de werving op mensen die al vanuit hun professie betrokken zijn bij zorg, hulpverlening of veiligheid.

Gebaseerd op de kenmerken van de respondentengroep wordt geadviseerd de focus te leggen op mensen die werkzaam zijn in de zorg-, hulpverlenings-, of veiligheidssector. Waar in Nederland 19% van de beroepsbevolking werkzaam is binnen deze sector (CBS, 2012) is dat in deze steekproef 51%. Daarnaast betreft dit een sector waarin meer dan 1.3 miljoen Nederlanders werkzaam zijn wat het een grote bron maakt van mogelijke vrijwilligers (CBS, 2012). Van deze groep heeft bovendien een aanzienlijk deel al een reanimatiecursus gevolgd vanuit hun beroepsprofessie. Dit maakt deze groep een geschikte groep voor HVW om zich op te richten bij de werving van HVW-vrijwilligers.

3. Zorg voor meer bekendheid van HVW onder reanimisten.

Veel reanimisten kennen HVW nog niet of denken dat HVW niet in hun woonomgeving opereert. Daarnaast hebben veel reanimisten geen specifieke reden om niet deel te nemen aan HVW. Zorg ervoor dat HVW bekend wordt onder reanimisten, waarbij positieve punten van het projecten worden aangedragen. Hierbij is het belangrijk dat reanimisten die HVW nog niet kennen het leren kennen, reanimisten die het idee hebben dat het niet in hun omgeving opereert, laten merken dat dit wel zo is en dat reanimisten die geen reden hebben om niet deel te nemen, redenen worden aangedragen om wel deel te nemen.

6.2 Vervolgonderzoek

1. Doe onderzoek naar een conceptualisatie van de inzet van burgers in geval van rampen en crises.

De overheid spreekt de wens uit meer participatie en zelfredzaam gedrag vanuit de burger te willen zien. De VNOG en GHOR spreken dezelfde wens uit in geval van rampen en crises. Wanneer de overheid wil bewerkstelligen dat de burger, ook op het gebied van veiligheid, participeert en zelfredzaam gedrag vertoont is het ook belangrijk dat de burger hier de ruimte voor krijgt, en niet zoals nu nog vaak ‘buitenspel’ wordt gezet. Nu duidelijk is dat de burger hier ook voor openstaat, moet er een vorm gevonden worden waarin de capaciteit van de burger zo effectief mogelijk ingezet kan worden. Hierbij moet er een goede aansluiting komen tussen de professionele hulpverlening en de hulpverlenende burgers. Bij de conceptualisatie van de inzet van burgers in geval van rampen en crises is het dan ook belangrijk om zowel het perspectief van de burger als dat van de professionele hulpverlening mee te nemen. De burger moet weten bij wie ze terecht kunnen en wat ze wel en niet moeten doen. De professionele hulpverlening moet weten wat er verwacht mag en kan worden van de hulpverlenende burger. Bij de conceptualisatie van de inzet van burgers in geval van rampen en crises zou een voorbeeld genomen kunnen worden aan de vrijwillige brandweer. Dit is, net als HVW, gebaseerd op vrijwilligers die binnen korte tijd ter plaatse kunnen zijn. Het verschil zit hem echter in het feit dat de vrijwillige brandweer dit in georganiseerd verband doet. De vrijwillige brandweer zou als concept kunnen dienen voor de organisatie van burgerhulpverleners in geval van rampen en incidenten.

2. Doe onderzoek naar de verschillen tussen rurale en urbane gebieden in een regio waar sprake is van een groter contrast in mate van stedelijkheid dan in NOG.

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een adressendichtheid van 500 adressen per km² als onderscheidsgrens tussen rurale en urbane gebieden. Voor deze grens is gekozen omdat de regio NOG beschikt over relatief weinig stedelijk gebied. Om de resultaten generaliseerbaar te maken naar andere regio's waarin HVW actief is, is het belangrijk onderzoek te doen in een regio waar sprake is van een groter contrast in mate van stedelijkheid dan in de NOG. Door een sterker contrast te vormen tussen beide groepen is de kans groter verschillen te vinden. Voor verdere studies wordt aangeraden weinig tot niet stedelijke gebieden (<1000 adressen km²) te classificeren als ruraal en sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden (>1500 adressen per km²) te classificeren als urbaan.

7. Literatuurlijst

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2): 179-211.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127.
- Ajzen, I. (2014). The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire: A commentary on Sniehotta, Presseau, and Araujo-Soares. *Health Psychology Review*. DOI: 10.1080/17437199.2014.883474
- Amato, P.R. (1983). Helping behavior in urban and rural environments: Field studies based on a taxonomic organization of helping episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 571-586.
- Ambulancediensten (2008). *Hartveilig Wonen in de Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland*. Projectplan Hartveilig wonen in de Veiligheidsregio Noord en Oost Gelderland.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (1999). The theory of planned behavior: Assessment of predictive validity and perceived control. *British Journal of Social Psychology*, 38, 35-54.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Babrow, A.S., Black, D.R., & Tiffany, S.T. (1990). Beliefs, attitudes, intentions and a smoking-cessation program: A planned behavior analysis of communication campaign development. *Health Communication*, 2, 145-163.
- Bartlett, M.S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16, 296-298.
- Baumeister, R.F. (1986). *Identity: Cultural change and the struggle for self*. New York: Oxford University Press.
- Bekkers, R. (2005). *Geven van tijd: vrijwilligerswerk*. In: Schuyt, Th. N.M. & Gouwenberg, B.M. Geven in Nederland 2005: Giften, Lega Overheid, pp. 80-92.

- Berdowski, J., Waalewijn, R.A., & Koster, R.W. (2006). *Overleving na reanimatie buiten het ziekenhuis is sterk toegenomen: een vergelijkend onderzoek tussen eind 20ste en begin 21ste eeuw*. In: Vaartjes, I., Peters R.J.G., Dis, S.J. van & Bots, M.L. Hart- en vaatziekten in Nederland najaar 2006, cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting. pp 27-34.
- Bierhoff, H.W., Klein, R., & Kramp, P. (1991). Evidence for the altruistic personality from data on accident research. *Journal of Personality*, 59 (2), 263-280.
- Brouwer, N. (2002). *Even stond het hart stil*. Verkregen op 26-01-2015 van <http://www.infopuntveiligheid.nl/Infopuntdocumenten/Brouwer%204%20even%20stond%20het%20hart%20stil.pdf>
- CBS (2009). *Regionale prognose 2009-2040: vergrijzing en omslag naar groei en krimp*. Verkregen op 26-01-2015 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/52ED5DC2-A6CB-414A-8C35-D3E963B36DA4/0/2009k4b15p35art.pdf>
- CBS (2012). *Werkzame beroepsbevolking; vergrijzing per bedrijfstak SBI 2008*. Verkregen op 26-01-2015 van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80832ned&D1=a&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0-1,5-22&D7=0&D8=a&VW=T>
- CBS (2013). *Omgevingsadressendichtheid 2013*. Verkregen op 26-01-2015 van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/_unique/_concept/default.htm?postinguid={A5A55DA5-2223-48F7-838E-AB9F4BF1CD09}&concept=Stedelijkheid+
- Chan, M.(2014). *Project Grootschalige Geneeskundige Bijstand*. Vierde conceptversie. Rode Kruis.
- Clary, E.G., Snyder, M., & Stukas, A.A. (1998). Volunteers motivations: findings from a national survey. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 25, 485-505.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York, NY: Psychology Press.
- Hartveilig Wonen (2014). *Burgerhulpverleners in Nederland*. Verkregen op 26-01-2015 van www.hartveiligwonen.nl

- Hartstichting Jaarverslag (2011). *Jaarverslag 2011*. Verkregen op 19-05-2014 van <http://jaarverslag2011.hartstichting.nl/voorlichting/publiekscampagnes/campagne-hartstilstand>
- Hartstichting Jaarverslag (2013). *Jaarverslag 2013*. Verkregen op 26-01-2015 van https://www.hartstichting.nl/assets/jaarverslag2013/pdf/21404010_jv_algemeen%20DEF-603e325f90e5fefc3adc0f9a4daba2a2.pdf
- Hartstichting Cijferboek (2013). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2013*. Verkregen op 26-01-2015 van <https://www.hartstichting.nl/downloads/cijferboek-2013>
- Hedge, A., & Yousif, H. (1992). Effects of urban size, urgency and cost of helpfulness: A cross-cultural comparison between the United Kingdom and the Sudan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 23(1), 107-115.
- Horst, ter, G.(2009). *Brief aan de tweede kamer over zelfredzaamheid bij rampen en crises*. Verkregen op 19-05-2014 van <http://www.nederlandalert.nl/Burgerparticipatie/Brief%20Baan%20BTK%20Bover%20Bzelfredzaamheid%20Bbij%20Brampen%20Ben%20Bcrises.pdf>.
- Kaiser, H.F. (1970). A second-generation little jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kanstad, B.K., & Nilsen S.A. & Fredriksen, K. (2011). CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation* 82(8): 1053-1059.
- Konings-Dalstra J.A.A., & Reitsma, J.B. (1999). *Hart- en vaatziekten in Nederland 1999. Cijfers over ziekte en sterfte*. Nederlandse Hartstichting, Den Haag.
- Koster, R.W. (1999). *Onderzoek in Maastricht onder 501 patienten, (1991-1997) en in Amsterdam onder 1030 patienten (1995-1997)*. Nederlandse hartstichting.
- McGuckin, C., Prentice, G.R., McLaughlin, C.G., & Harkin, E. (2012). Prediction of self-monitoring compliance: Application of the theory of planned behavior to chronic illness sufferers. *Psychology, Health & Medicine*, 17(4), 478-487.

- Meijerink, N.J.D. (2007). *Project Stimulering Lekenhulpverlening Platteland Twente*. Bachelorthesis, Universiteit Twente, Enschede.
- Nederlandse Reanimatie Raad (2001). *Standpunt gebruik Automatische Externe Defibrillator*. Den Haag.
- Nielsen, A.M., Isbye, D.L., Lippert, F.K., & Rasmussen, L.S. (2013). "Can mass education and a television campaign change the attitudes towards cardiopulmonary resuscitation in a rural community?" *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 21(1).
- Oishi, S., Rothman, A.J., Snyder, M., Su, J., Zehm, K., Hertel, A.W., & Sherman, G.D. (2007). The socioecological model of procommunity action: The benefits of residential stability. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 93, 831-844.
- Oliner, S.P., & Oliner, P.M. (1988). *The altruistic personality: Rescuers of Jews in Nazi Europe*. New York: Free Press.
- Omroep Gelderland (2014). *Hartaanval? Noord- en Oost-Gelderland koploper met AED's*. Verkregen op 19-05-2014 van <http://www.omroep gelderland.nl/web/nieuws-1/2048660/hartaanval-noord-en-oost-gelderland-koploper-met-aeds.htm>
- Palsma, H.J. (2001). *Implementatie van AED-reanimatie*. Stichting Medizon, Groningen.
- Pligt, J. van der, Zeelenberg, M., Dijk, W. van, Vries, N. de, & Richard, R. (1998). Affect, Attitudes and Decisions: Let's Be More Specific. (W. Stroebe, & M. Hewstone, Red.) *European Review of Social Psychology*, 8, 33-36.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: a source book* (pp. 153-176). New York: Guilford Press.
- Ruitenbergh, A.G.W., & Helsloot, I. (2004). *Zelfredzaamheid van burgers bij rampen en zware ongevallen*, Den Haag: Kluwer. Sampson, R.J.
- Sasson, C., Haukoos, J.S., Bond, C., Rabe, M., Colbert, S., King, R., Sayre, M., & Heisler, M. (2013). "Barriers and facilitators to learning and performing cardiopulmonary resuscitation in neighborhoods with low bystander cardiopulmonary resuscitation

- prevalence and high rates of cardiac arrest in Columbus, OH. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 6(5): 550-558.
- Shibata, K., Taniguchi, T., Yoshida, M., & Yamamoto, K. (2000) Obstacles to bystander cardiopulmonary resuscitation in Japan. *Resuscitation* 2000, 44:187-193.
- Slot, M.J. (2010). *Als elke seconde telt; de brandweer als first responder*. Verkregen op 26-01-2015 van <http://www.infopuntveiligheid.nl/Infopuntdocumenten/Slot%2011%20brandweer%20als%20first%20responder%20met%20AED.pdf>
- Stebly, N.M. (1987). Helping behavior in rural and urban environments: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 102(3), 346-356.
- Vaillancourt, C., Grimshaw, J., Brehaut, J.C., Osmond, M., Charette, M.L., Wells, G.A., & Stiell, I.G. (2008). "A survey of attitudes and factors associated with successful cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge transfer in an older population most likely to witness cardiac arrest: Design and methodology." *BMC Emergency Medicine* 8.
- Vaillancourt, C., Kasaboski, A., Charette, M., Islam, R., Osmond, M., Wells, G., Stiell, G., Brehaut, J., & Grimshaw, J. (2013). "Barriers and facilitators to CPR training and performing CPR in an older population most likely to witness cardiac arrest: A national survey." *Resuscitation* 84(12): 1747-1752.
- VNOG (2014). *Gemeenten*. Verkregen op 26-01-2015 van <http://www.vnog.nl/index.php/gemeenten.html>
- Voogt, W.G., & Nieuwendijk, E.S. (1990). *Cardiovasculaire spoedgevallen*. In *Spoedeisende geneeskunde*, pag. 20. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Waalewijn, R.A., Vos, R., & Koster, R.W. (1988). Out-of-hospital cardiac arrests in Amsterdam and its surrounding areas: results from the Amsterdam resuscitation study (ARREST). *Resuscitation* 1998; pag. 38.
- Warburton, J., & Terry, D.J. (2000). Volunteer decision making by older people: A test of a revised theory of planned behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3): 245-257.

Wedden, H. van der, (2008). *Reanimatie. Een sociologische analyse van een modern ritueel rondom de dood*. Bachelorthesis, UvA, Amsterdam.

8. Bijlagen

Appendix A. Kwalitatieve vooronderzoek

In dit Appendix is een verslag te vinden van het kwalitatieve vooronderzoek dat is uitgevoerd.

3.1 Methode interview

Om te verifiëren of de onderwerpen die uit het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen ook terugkomen in de praktijk is er een kwalitatief voor onderzoek uitgevoerd. Hierbij zijn mondeling en schriftelijk vragen gesteld aan de doelgroep. Voor de mondelinge interviews is er gebruik gemaakt van semigestructureerd interviews. Dit wil zeggen dat er van te voren een aantal vragen zijn bepaald, maar dat er gedurende het interview ruimte is voor de interviewer om de volgorde van de vragen aan te passen. Daarnaast is het aan de interviewer om te bepalen op welke vragen meer doorgevraagd wordt en op welke vragen minder. Het semigestructureerde interview is een geschikte methode om onderwerpen te onderzoeken waar binnen de literatuur nog weinig over bekend is, waar in dit onderzoek sprake van is (Baarda, de Goede, & Theunissen, 2009). Bij de schriftelijke interviews is gebruik gemaakt van een vragenlijst die is opgesteld aan de hand van de mondelinge interviews. De vragenlijst bestond uit zowel gesloten als open vragen.

3.1.1 Respondenten en procedure

Er zijn interviews afgenomen bij een drietal groepen: (1) HVW-vrijwilligers, (2) mensen die organisatorisch zijn betrokken bij HVW en (3) mensen die in het afgelopen jaar een reanimatiecursus hebben gevolgd en niet zijn aangemeld bij HVW. De afname van de interviews is mondeling en schriftelijk gebeurt. De manier van werving van de interviews was middels *snowball sampling*. Dit wil zeggen dat er eerst een beperkte groep is benaderd, en deze is gevraagd of zij andere personen wisten die tot de doelgroep behoorden. Via internet zijn er een aantal mensen benaderd (2) die organisatorisch betrokken zijn bij HVW. Via hun zijn er verder 7 personen benaderd voor een mondeling interview. De mondelinge interviews hebben allen plaatsgevonden bij de respondent thuis en nam tussen de 30 tot 50 minuten in beslag. De schriftelijke interviews zijn verkregen via een reanimatiecursus. Hier zijn de 7 aanwezige personen benaderd om een vragenlijst in te vullen aan het eind van de cursus (zie Appendix C). Dit was een beginnerscursus die de mensen gratis konden volgen mits ze zich vervolgens in zouden schrijven bij HVW. In totaal hebben er 16 mensen deelgenomen aan het kwalitatieve vooronderzoek. De respondenten van de verschillende interviews waren allen

afkomstig uit de gemeente Lochem. Gemeente Lochem kan bestempeld worden als een ruraal gebied, met als uitzondering Lochem zelf. Hier dient rekening mee te worden gehouden in de verdere verwerking van de gegevens. Voor de afname van zowel de schriftelijke als de mondelinge interviews is de respondenten verbaal gevraagd of zij toestemming geven voor het interview. Bij de mondelinge interviews is daarnaast om toestemming gevraagd om een audio opname te maken. Iedereen stemde hier mee in.

3.1.2 Interviewschema

Het interview schema dat is gebruikt is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag (TPB) (zie Appendix B). In aanvulling op de onderwerpen die voor dit onderzoek relevant zijn, zijn een aantal vragen opgenomen voor doeleinden van de GHOR en Hartveilig wonen die buiten dit onderzoek vallen. Zo is er gevraagd naar sterke en zwakke punten van het project, en of men zich zou willen inzetten in geval van andere rampen of incidenten. Het interviewschema is gedurende het afnemen steeds aangepast naar nieuwe bevindingen. Zo werd er gedurende de interviews duidelijk dat sommige vragen niet geschikt waren voor elke doelgroep. Na de mondelinge interviews afgenomen te hebben is er een kwalitatieve schriftelijke vragenlijst opgesteld om voor te leggen aan deelnemers van een reanimatiecursus (zie Appendix C). Omdat hier een beperkte tijd voor beschikbaar was, is er gekozen om gebruik te maken van een combinatie van open en gesloten vragen. Ook hier is gekozen om de TPB naar voren te laten komen in vragen over HVW.

3.1.3 Data analyse

De mondelinge interviews zijn met mondelinge toestemming van de geïnterviewde opgenomen met een voice recorder. Later zijn al deze interviews volledig getranscribeerd om hier uit de belangrijkste items en determinanten te filteren. Vervolgens zijn de belangrijkste uitkomsten en bevindingen samengevat tot een kwalitatief vooronderzoek. Hierin zitten tevens de belangrijkste bevindingen uit de schriftelijke interviews verwerkt.

3.2 Resultaten interviews

3.2.1 Beschrijving onderzoeksgroep

Er zijn drie interviews afgenomen bij personen die deelnemen aan HVW, drie interviews bij personen die organisatorisch betrokken waren bij HVW, en drie interviews bij mensen die geen HVW-vrijwilliger waren. Daarnaast zijn er zeven vragenlijsten ingevuld (N=16). De

deelnemers van het kwalitatieve vooronderzoek bestonden voornamelijk uit vrouwen (N=10). In de volgende paragrafen worden per groep de resultaten van de interviews beschreven. Bij de HVW deelnemers worden de resultaten van de mondelinge en schriftelijke interviews apart besproken.

3.2.2 Respondenten die geen vrijwilliger zijn bij HVW

-Algemeen- De motivatie van deze groep om een reanimatiecursus te volgen is allemaal te herleiden tot hart gerelateerde ervaringen in de nabije omgeving van de respondenten. Door het meemaken van zo een situatie en het idee dat ze nog wel is zo iets zouden kunnen meemaken zijn de mensen gaan beseffen dat als er wat gebeurt ze toch wel willen kunnen handelen.

‘Heb ik gedaan omdat mijn vader hartpatiënt was, en dat is eigenlijk de aanleiding geweest dat ik dacht, dat is misschien toch wel handig als iemand dat kan.’

De mensen zijn in aanraking gekomen met HVW door de reanimatiecursus waar ze op herhaling kwamen. Hier werd er verteld wat HVW was en dat er de mogelijkheid was om zich hier voor aan te melden.

-Attitude- Ondanks dat deze groep mensen niet aangemeld zijn bij HVW staan ze wel positief tegenover het project. Allen zien de toegevoegde waarde van HVW wel in, en hopen ook dat zoveel mogelijk mensen meedoen. Wat hier echter wel expliciet wordt vermeld dat mensen niet verplicht mogen worden tot deelname.

‘Ja, ik vind het een goed project, want eigenlijk zou dat landelijk dekkend moeten zijn.’

-Barrières- De respondenten geven aan dat de stap van het volgen van een reanimatiecursus tot het daadwerkelijk aanmelden bij HVW toch wel een hele grote is. Dit omdat er dan echt de kans bestaat dat er gereanimeerd moet gaan worden, terwijl de cursus meer voor ‘het geval dat’ wordt gedaan.

‘Het is allemaal nog een beetje, ja je doet het of je doet het niet, maar als je echt een sms’je krijgt, je moet er naar toe, ja dan is het wel andere koek. Dan komt het wel heel dichtbij.’

Verder denken de respondenten er emotioneel slecht mee om te kunnen gaan om betrokken te zijn bij een reanimatie. Zo wordt er gesteld dat men constant in spanning zou zitten voor een eventueel berichtje, en dat ze bang zijn niet te kunnen voldoen aan de verwachtingen. Een

andere belemmering is dat het gaat om mensen in de nabije omgeving van de respondenten, waardoor er grote kans is dat ze deze mensen kennen. In paradox daarop wordt gesteld dat wanneer men de eigen omgeving minder goed kent, men minder gevoel van verantwoordelijkheid naar de omgeving voelt.

‘Maar ik denk juist bij mensen in je omgeving dat je dan nog meer gemotiveerd bent om in te grijpen dan bij mensen op straat.’

Dit laatste komt wel overeen met een respondent die afkomstig is uit een urbaan gebied. Hij zegt dat hij weinig gevoel van verantwoordelijkheid heeft naar de mensen in zijn buurt, omdat hij deze niet kent.

-*Sociale omgeving*- Betreffende de sociale omgeving heeft iedereen het idee dat zijn of haar omgeving het wel belangrijk vindt om te kunnen reanimeren. De respondenten geven aan dat meerdere mensen in hun nabije omgeving kunnen reanimeren, en sommige ook zijn aangesloten bij HVW. Dit wordt wel als een motiverende werking bestempeld. Echter geeft iedereen ook aan geen expliciete druk vanuit de omgeving te voelen, voor zowel een reanimatiecursus als deelname aan HVW. Er wordt simpelweg niet over gesproken.

‘Mijn omgeving vindt het helemaal prima dat ik dat doe, en vinden het ook heel goed, maar het is niet zo van jij doet dat, en nu ga ik dat ook is doen, nee daar heb ik nooit iets van gemerkt.’

-*Zelf-effectiviteit*-De respondenten in deze groep hadden allen wel het idee dat ze in een situatie waarin iemand gereanimeerd moest worden juist zouden handelen. Er was wel verschil van mening of ze emotioneel/mentaal wel konden omgaan met het uitvoeren van een reanimatie.

‘Nee maar ik ben, ik denk dat je als je het moet doen je dan verbaasd over je zelf staat.’

-*Overig*- Als aanvullende vraag is gevraagd wat de respondenten sterke en zwakke punten aan HVW vonden. Hieruit kwam naar voren dat ze het goed vonden dat burgers werden meegenomen in het hulpverleningsproces. Zwakke punten waren bekendheid, en gebruiksvriendelijkheid van het systeem van HVW. Verder gaven ze allen aan wel ingezet te willen worden in geval van andere calamiteiten.

‘Ja tuurlijk, dan ga ik. Dat ga ik doen!’

3.2.3 HVW-vrijwilligers

-Algemeen- Net als in de groep van 'niet-HVW-vrijwilligers' werd ook in deze groep aangegeven dat er een reanimatiecursus is gevolgd als gevolg van hart gerelateerde gebeurtenissen in hun omgeving. Eén respondent gaf aan een cursus gevolgd te hebben omdat ze BHV'er was. De HVW-vrijwilligers zijn in aanraking gekomen met Hartveilig wonen via hun reanimatiecursus. Hier zijn ze geïnformeerd over HVW en gevraagd of ze deel wouden nemen.

'Nouja, via mijn vader. Die heeft een hartstilstand gehad, en dit heeft hij overleefd doordat er mensen hem hebben gereanimeerd.'

-Attitude- De respondenten vinden HVW allen een erg goed initiatief. Er wordt aangegeven dat er meer anderen deel zouden moeten nemen aan HVW, omdat op die manier de omgeving nog veiliger wordt. Hierin komen ook de normen en waarden van het dorp in terug, dat iedereen meer naar elkaar om moet kijken.

'Het geeft ook een gevoel van veiligheid.'

-Barrières- Barrières die ze zich kunnen voorstellen dat andere mensen hebben om zich aan te melden bij HVW zijn angst of ze de vaardigheden wel goed onder de knie hebben. Daarnaast wordt de mond op mond beademing ook genoemd als barrière. Duidelijk is wel dat ze zelf deze barrière niet ervaren.

'Wat ik eerder nog wel een barrière vond was het geven van mond op mond beademing, dat vind ik vies of zo, en ik denk ook wel dat ik er niks van zou kunnen krijgen, maar toch.'

-Sociale norm- De HVW-vrijwilligers hebben het idee dat ze worden gemotiveerd vanuit hun omgeving. Deze motivatie komt zowel voort uit de dorps gemeenschap als uit hun nabije omgeving, waarin ook mensen zijn aangemeld bij HVW. Veel van deze motivatie is afkomstig van één expliciet voorval waarin iemand met succes is gereanimeerd.

'Je wordt gemotiveerd doordat iedereen in het dorp weet wat er gebeurt is en die volgen dan een cursus en dan vragen ze of je aan HVW wilt deelnemen.'

-Zelf-effectiviteit- Betreffende het uitvoeren van een reanimatie acht iedereen zich in staat de juiste handelingen uit te kunnen voeren. Er werd onder andere verteld dat door het meemaken

van een eerdere reanimatie meer zelfvertrouwen in eigen kunnen is verkregen. Ook wordt verwacht emotioneel wel te kunnen omgaan met het uitvoeren van een reanimatie.

‘Ja dat kan ik nu, dat heb ik ervaren.’

-Overig- Bij de sterke punten van HVW komt niet duidelijk iets naar voren. Betreffende de zwakke punten wordt vaak genoemd dat het aanmelden voor HVW gebruiksvriendelijker gemaakt kan worden. Dit is in de tussentijd al wel verbeterd. Op de vraag of ze ingezet zouden willen worden in geval van andere calamiteiten of gebeurtenissen wordt positief gereageerd. Allen geven ze aan zich hier wel voor op te willen geven.

‘Ja, daar zou ik me meteen voor aanmelden.’

3.2.4 Schriftelijke interviews HVW-vrijwilligers

De schriftelijke vragenlijsten zijn ingevuld door mensen direct na het volgen van een reanimatiecursus. Deze cursus werd deze mensen gratis aangeboden mits ze zich direct ter plekke, op de aanwezige laptop, zouden inschrijven bij HVW. Daarom staat deze groep verwerkt bij respondenten die aangemeld zijn bij HVW. De respondenten waren allen afkomstig uit een plattlandsgebied waar de deelname aan HVW relatief hoog ligt.

-Algemeen- De reden voor de respondenten om deel te nemen aan een reanimatiecursus was omdat ze wilden kunnen handelen in geval van een hartstilstand. Ze werden bovendien erg gemotiveerd vanuit de omgeving. Veel mensen in hun nabije omgeving hadden een reanimatiecursus gevolgd.

-Attitude- Betreffende het project HVW, staan de mensen erg positief. De mensen ervaren het als positief dat er altijd hulp in de buurt is, en dat je in geval van nood niet hoeft te wachten op de ambulance.

-Barrières- De mensen ervaren geen barrières om deel te nemen aan HVW, en kunnen er ook weinig opnoemen. Wat nog wel wordt genoemd is dat aanmelding bij HVW een hoop verantwoordelijkheidsgevoel met zich meebrengt.

-Sociale norm- Ook voor het aanmelden bij HVW worden de mensen erg gemotiveerd vanuit de omgeving. Veel mensen in hun nabije omgeving zijn aangesloten bij HVW, en iedereen praat er over met elkaar.

-Zelf-effectiviteit- Betreffende de zelf-effectiviteit achten de respondenten zich allen capabel om een reanimatie toe te passen. Hier dient echter wel rekening gehouden te worden met het feit dat iedereen er net een reanimatiecursus op had zitten. Ook psychisch hadden ze allemaal het idee wel met een reanimatie om te kunnen gaan.

-Overig- Of mensen ingezet willen worden in geval van andere calamiteiten heerst een lichte positieve stemming. Er werd echter ook genoemd dat het moeilijk zou zijn om waar te maken.

3.2.5 Organisatorische betrokkenen bij HVW

-Algemeen- De respondenten die organisatorisch betrokken zijn bij HVW zijn allen lokaal betrokken mensen die zich inzetten voor het welzijn van hun omgeving. Ze hebben achtergronden in de hulpverlening en de zorg. Ze vinden het allen belangrijk dat zoveel mogelijk mensen meedoen aan HVW en zijn zelf actief bezig met het werven van vrijwilligers. Ze vinden dat je mensen die een reanimatiecursus hebben gevolgd niet kan verplichten om deel te nemen, maar je kan ze wel goed stimuleren.

-Barrières- Omdat zij zelf actief betrokken zijn bij het werven van vrijwilligers hebben ze al meerdere redenen voorbij horen komen waarom mensen geen deel willen nemen aan HVW. Een veel gehoorde reden is dat mensen zichzelf nog niet helemaal vaardig achten om juist te handelen in een situatie waarin gereanimeerd moet worden. Verder zeggen mensen dat ze een reanimatiecursus volgen voor als er in hun nabije omgeving iets gebeurt, maar dat ze geen behoefte hebben, of het eng vinden, om opgeroepen te worden in een onbekende situatie. Daarnaast worden nog een aantal praktische barrières genoemd als de kosten en het niet bij zich dragen van een mobiel.

‘dan zijn er ook wel zorgen van doe ik het wel goed, en straks doe ik het niet goed.’

-Sociale norm- Betreffende het voelen van een sociale norm worden er verschillen gevonden in verschillende gebieden. Waar in het ene dorp heel erg sterk de sociale druk heerst en verantwoordelijkheid wordt gevoeld naar anderen, is dit in een ander dorp veel minder. Dit lijkt te maken te hebben met de moeite die wordt gestoken in het project. In de stad lijkt het nog moeilijker mensen te motiveren, ondanks de moeite die er in wordt gestoken.

‘Het wordt wel uit de omgeving naar elkaar toe gestimuleerd.’

-Overig- Als sterk punt van HVW wordt genoemd dat mensen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid naar anderen toe. Verder wordt de werking van het kunnen inschakelen

van mensen die in de buurt zijn als positief ervaren. Als verbeterpunt wordt genoemd dat cursusleider meer betrokken moet worden in het proces, zowel bij aanmelden, als bij de nazorg. Om ingezet te worden in geval van andere gebeurtenissen wordt verschillend gereageerd. In principe willen mensen graag helpen, maar wel wordt er een kritische noot geplaatst dat deze mensen ook in de weg kunnen gaan lopen van de professionele hulpverleners.

‘Maakt mij niet uit. Ja zou ik wel wat vinden.’

3.3 Conclusies interviews

Uit de interviews die zijn afgenomen bij de respondenten uit de drie doelgroepen kunnen een aantal conclusies getrokken worden. Hier zullen per doelgroep de conclusies van de interviews besproken worden.

3.3.1 Respondenten die geen vrijwilliger zijn bij HVW

Bij deze doelgroep kwam in alle interviews naar voren dat er een reanimatiecursus was gevolgd omdat ze ervaring hadden met hartpatiënten of reanimatie. Ondanks dat niemand was aangesloten bij HVW hadden ze wel allemaal een positieve attitude tegenover HVW. Als barrière tot deelname werden genoemd, angst om opgeroepen te worden, angst om niet te kunnen voldoen aan de verwachtingen en angst om emotioneel niet om te kunnen gaan met een reanimatie. Daarnaast werd er gesteld dat er in meer urbane gebied minder verantwoordelijkheid werd gevoeld om mee te doen. De omgeving van deze respondenten is positief over reanimeren en HVW, maar stimuleert niet. Tot slot achten de mensen zich redelijk capabel om goed te kunnen reanimeren, maar emotioneel weten ze niet of ze er mee om kunnen gaan.

3.3.2 HVW-vrijwilligers

Bij deze doelgroep kwam naar voren dat ervaring op het gebied van hartpatiënten of reanimatie een reden was om zich aan te melden bij HVW. De respondenten waren allemaal erg positief tegenover het project en wilden dat meer mensen zich zouden aanmelden. Er worden door deze groep geen barrières ervaren tot deelname aan HVW. Vanuit de omgeving werd een stimulerende werking ervaren tot deelname aan HVW. Deze groep mensen gaven aan goed te kunnen reanimeren, en ook emotioneel wel om te kunnen gaan met een geval van reanimatie.

3.3.3 Organisatorisch betrokken bij HVW

Alle respondenten die organisatorisch betrokken zijn bij HVW hadden een achtergrond in de zorg of hulpverlening. Aan deze respondenten is gevraagd naar de motivaties die zij tegenkwamen bij de mensen in hun omgeving om wel/niet deel te nemen aan HVW. De barrières die zij tegenkwamen waren: onzekerheid reanimatievaardigheden, angst om opgeroepen te worden in onbekende situaties en geen behoefte om opgeroepen te worden. Verder lijkt de omgeving van grote invloed te zijn op deelname. Hoe hechter de gemeenschap, hoe meer mensen zich aanmelden.

3.3.4 Geselecteerde determinanten

Wanneer de conclusies van de verschillende onderzoeksgroepen bij elkaar worden genomen, komen er een aantal terugkerende thema's terug. Deze thema's lijken determinanten te zijn van waarom mensen wel of geen deel nemen aan HVW. De geselecteerde determinanten zijn:

- Ervaringen
- Sociale druk/omgeving
- Zelf-effectiviteit
- Angst
- Altruïsme

Appendix B. Interview schema: mondeling

In dit Appendix is het interview schema te zien welke is gebruikt voor het kwalitatieve voor onderzoek.

Interview opzet

Inleiding: In Nederland is er een project Hartveilig wonen. Wanneer iemand 112 belt voor een reanimatie wordt er via dit project een sms gestuurd naar iedereen die zich in de buurt van het ongeval bevindt. Deze mensen worden dan naar het ongeval gestuurd om te reanimeren en AED toe te passen. Op dit moment zijn er ongeveer 6,500 mensen in Noord en Oost Gelderland (NOG) die deelnemen aan dit project. Er zijn echter ongeveer 100.000 mensen die kunnen reanimeren in de regio. Waarom doen al die andere mensen niet mee? Ik ga onderzoeken wie deze mensen zijn en waarom ze niet mee doen.

Doelgroepen interview:

- Mensen die reeds deelnemen aan HVW
- Mensen die wel een reanimatiediploma hebben maar niet deelnemen aan HVW.
- Betrokken mensen bij HVW(Cursusleiders, initiatiefnemers)

Exploratief onderzoek: open gesprek met volgende onderwerpen.

Zwarte vragen voor iedereen, verder per kleur aangegeven aan wie vraag gesteld wordt.

Algemeen:

- Bent u bekend met HVW?
- Bent u aangesloten bij HVW?
- Hoe bent u in aanraking gekomen met HVW?

Attitude

- Wat vindt u van het project HVW?
- Wat zijn voor u redenen/barrières om (geen) deel te nemen aan HVW?
- Wat ervaren mensen(in uw dorp) als barrières om deel te nemen aan HVW?
- Wat zijn de redenen voor deze mensen om wel deel te nemen aan HVW?
- Vindt u het belangrijk dat mensen om u heen kunnen reanimeren/AED kunnen hanteren?
- Vindt u dat anderen zouden moeten deelnemen aan HVW? Waarom?

Sociale norm

- Is het in uw omgeving normaal om elkaar te helpen?
- Wat vindt uw omgeving van het kunnen reanimeren?
- Wat vindt uw omgeving van HVW?
- Doen er veel mensen in uw omgeving mee aan HVW?
- Wat vindt uw omgeving ervan dat u (niet)deelneemt aan HVW?
- Wordt u gemotiveerd/gedemotiveerd door uw omgeving om deel te nemen aan HVW?
En hoe?

Zelf-effectiviteit

- Acht u uzelf in staat om iemand te reanimeren/dan wel defibrilleren? Zowel fysiek als mentaal/emotioneel?
- Weet u hoe te handelen in geval van een melding?
- Acht u uzelf in staat accuraat(op tijd bij slachtoffer zijn, niet in paniek raken, weten wat te doen, fysiek) te reageren op een melding van HVW?
- Heeft u vertrouwen in uw eigen vaardigheden?

Overige vragen

- Wat zijn sterke en zwakke punten van het project?
- Wat zou u er van vinden om (ook) opgeroepen te worden in geval van andere gebeurtenissen of incidenten? (zou dit via HVW mogen, of via andere bron).
- Zijn er nog vragen die ik had kunnen stellen?
- Heeft u nog suggesties met wie ik zou kunnen praten?
- Heeft u nog op of aanmerkingen?
- Heeft u nog vragen?

Appendix C. Interview schema: schriftelijk

In dit Appendix is het schriftelijk interview schema te zien welke is gebruikt voor het kwalitatieve voor onderzoek.

Hartveilig wonen: wie doen er mee?

Het onderzoek waar u aan gaat deelnemen gaat over het reanimatienetwerk Hartveilig wonen. Deze vragenlijst is bedoeld om te achterhalen wie er meedoen aan Hartveilig wonen, en wat hun beweegredenen zijn.

De resultaten uit de vragenlijsten zullen anoniem verwerkt worden in de eindrapportage van het onderzoek. Het invullen van de vragenlijst zal circa 5-10 minuten in beslag nemen.

Algemeen

1. *Geslacht* ☐ Man ☐ Vrouw
2. *Leeftijd;* ☐ >25 ☐ 26-40 ☐ 41-55 ☐ 55<
3. *Woonplaats;*
4. *Opleiding;* ☐ Lager ☐ Middelbaar ☐ Hoger
5. *Kinderen;* ☐ Ja ☐ Nee
6. *Bent u werkzaam in de zorg en/of hulpverlening?;*
☐ Ja ☐ Nee
7. *Zijn er mensen in uw directe omgeving met hartkwalen?*
☐ Ja ☐ Nee

Vragen met betrekking tot de reanimatiecursus;

1. *Waarom heeft u besloten deel te nemen aan een reanimatie cursus?*
2. *Heeft u ooit een situatie meegemaakt waarin reanimatie toegepast is/moest worden?*

3. *Hebben, voor u belangrijke, mensen uit uw omgeving een reanimatiecursus gevolgd?*
4. *Acht u zichzelf nu in staat om iemand te reanimeren/defibrilleren in geval van een hartstilstand?*
5. *Denkt u psychisch om te kunnen gaan met het uitvoeren van een reanimatie?*

Vragen met betrekking tot Hartveilig wonen

1. *Was u voor deze cursus al bekend met HVW? Zo ja, hoe dan?*
2. *Wat vindt u van het project HVW? Waarom?*
3. *Wat zouden voor u barrières kunnen zijn om deel te nemen aan HVW?*
4. *Zijn er mensen uit uw directe omgeving aangemeld bij HVW?*
5. *Ondervindt u een motiverende/demotiverende invloed van personen uit uw directe omgeving op deelname aan HVW. Zo ja, hoe dan?*
6. *Bent u van plan in de toekomst vrijwilliger te worden bij HVW?*
 - *Zo ja, waarom?*

- *Zo nee, wat zou er moeten gebeuren om u er opnieuw over te laten nadenken om toch deel te nemen?*

7. *Stel; Hartveilig wonen breidt zich uit met de optie om ook ingezet te worden bij andere incidenten, zou je dan willen deelnemen?(denk hierbij bijvoorbeeld aan een evacuatie van een nabijgelegen verzorgingstehuis in geval van een stroomuitval)*

Afsluiting

Heeft u nog aanvullende informatie of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Appendix D. Vragenlijst

In dit Appendix staat de vragenlijst die is verspreid binnen de regio NOG.

Hartveilig Wonen; Wie doen er mee?

Van harte welkom bij het onderzoek *‘Hartveilig Wonen, wie doen er mee?’* Wij willen u bedanken dat u tijd vrij wilt maken om mee te doen aan dit onderzoek.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. U kan tot 24 uur na het onderzoek uw medewerking intrekken. Voor het invullen van de vragenlijst is het belangrijk te weten dat er geen goede of foute antwoorden zijn, het gaat om uw mening. Alle antwoorden worden anoniem verwerkt. Als u om welke reden dan ook niet verder wilt gaan met de vragenlijst, kunt u op elk moment stoppen. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Voor vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met:

- | | | |
|------------------|-----------------------------------|----------------|
| • Robin Valkeman | r.h.g.valkeman@student.utwente.nl | 06-3831 6022 |
| • Erik Taal | e.taal@utwente.nl | 053 - 489 6069 |

Voor klachten of vragen over uw rechten als deelnemer kunt u contact opnemen met de Ethische Commissie van Universiteit Twente, t.a.v.:

- | | | |
|----------------|------------------------|----------------|
| • J. Rademaker | j.rademaker@utwente.nl | 053 – 489 4059 |
|----------------|------------------------|----------------|

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Aart Bosmans, manager Hartveilig Wonen

Ik heb bovenstaande uitleg gelezen, begrepen en ga akkoord met deelname aan dit onderzoek:

- ☐ Ja
☐ Nee

If Nee Is Selected, Then Skip To End of Survey

Heeft u in de afgelopen twee jaar een reanimatietraining/opfriscursus reanimeren gevolgd?

- ☐ Ja
☐ Nee

If Nee Is Selected, Then Skip To End of Survey

Bent u aangemeld bij Hartveilig Wonen (HVW)?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Answer If Bent u aangemeld bij Hartveilig Wonen? Ja, omdat... Is Selected

Waarom heeft u zich aangemeld bij HVW? (meerdere antwoorden mogelijk, maximaal 3)

- ☐ Ik vind het een waardevol project waar ik graag aan wil bijdragen
- ☐ Ik vind het belangrijk om mensen om mij heen te helpen
- ☐ Ik wil mijn kennis en vaardigheden graag in de praktijk toepassen
- ☐ Ik heb ooit een reanimatie/hartstilstand (bij u zelf of bij anderen) meegemaakt en weet hoe belangrijk het is om snel te kunnen reageren
- ☐ Ik heb een partner/familielid/vriend etc. met hartklachten en wil hiermee voor hem/haar klaar staan
- ☐ Vanwege morele principes
- ☐ Ik voel mij vanuit de gemeenschap waarin ik leef verplichtom mee te doen
- ☐ Weet niet
- ☐ Anders namelijk...

Answer If Bent u aangemeld bij Hartveilig Wonen? Nee Is Selected

Waarom heeft u zich niet aangemeld bij HVW? (meerdere antwoorden mogelijk, maximaal 3)

- ☐ Ik heb geen tijd voor HVW
- ☐ Ik ben niet voldoende beschikbaar
- ☐ Ik doe al ander vrijwilligerswerk
- ☐ Dit soort vrijwilligerswerk interesseert mij niet
- ☐ Dit type vrijwilligerswerk vind ik eng
- ☐ Dit type vrijwilligerswerk levert mij teveel stress op
- ☐ Dit type vrijwilligerswerk brengt te veel verantwoordelijkheden met zich mee
- ☐ Het levert mij niets op
- ☐ Ik ben lichamelijk niet in staat om dit soort vrijwilligerswerk te verrichten
- ☐ Ik had er nog niet van gehoord (
- ☐ Weet niet
- ☐ Anders namelijk...

Om een beter beeld te krijgen van wie allemaal deelnemen aan dit onderzoek krijgt u eerst een aantal algemene vragen over uw persoonlijke omstandigheden. Geef bij elke vraag aan welk antwoord op u van toepassing is door een vakje aan te vinken.

Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Wat is uw leeftijd?

If Onder de 18 Is Selected, Then Skip To End of Survey

Wat is uw opleidingsniveau? (afgerond of nu nog mee bezig)

- ☐ Mavo/Vmbo
- ☐ Havo
- ☐ VWO
- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ WO Bachelor
- ☐ WO Master/Doctoraal

Wat is uw burgerlijke staat? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ongehuwd/ niet samenwonend
- ☐ Gehuwd/ samenwonend
- ☐ Weduwe/ weduwenaar
- ☐ Gescheiden
- ☐ Anders, namelijk

Wat is de beste omschrijving van uw huidige situatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Fulltime werk
- ☐ Parttime werk
- ☐ Huishouden
- ☐ School of studie
- ☐ Werkloos
- ☐ Arbeidsongeschikt (WAO / WIA)
- ☐ Gepensioneerd (AOW, VUT)

Wat is uw postcode? (4 cijfers en 2 letters)

vr. 9 Bent u werkzaam in de zorg-, hulpverlenings- of veiligheidssector?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Answer If Bent u werkzaam in de zorg- of hulpverlening? Ja Is Selected

In welke sector bent u werkzaam?

- ☐ Gezondheidszorg
- ☐ Politie
- ☐ Brandweer
- ☐ Overig, namelijk

U zult op de volgende pagina's vragen gaan beantwoorden over reanimeren, het helpen van anderen en vrijwilliger zijn bij Hartveilig Wonen(HVW).

Belangrijk: Ook voor de mensen die niet zijn aangemeld bij HVW, staan er in de lijst vragen over HVW. Probeert u zich bij die vragen voor te stellen hoe u de vraag zou beantwoorden wanneer u wel HVW vrijwilliger zou zijn.

Als u nog niet bekend bent met HVW of u wilt teruglezen wat HVW precies inhoudt, is hier de mogelijkheid om wat meer over HVW te lezen.

Wilt u meer informatie over HVW?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☒ Answer If Als u nog niet bekend bent met HVW of u wilt simpelweg uw geheugen even opfrissen is hier de mogelijkheid om wat meer over Hartveilig Wonen te lezen. Wilt u meer informatie over HVW? Ja Is Selected

Hartveilig Wonen

Wanneer u in de afgelopen 2 jaar een reanimatiecursus of opfriscursus reanimeren heeft gehad, kunt u zich aanmelden bij Hartveilig Wonen (HVW). Als vrijwilliger bij HVW kunt u worden opgeroepen in het geval van een hartstilstand in de buurt.

Hoe werkt het?

Wanneer bij de meldkamer een melding binnenkomt van een hartstilstand, alarmeert de meldkamer opgeleide en geregistreerde HVW vrijwilligers die zich in de buurt van de calamiteit bevinden. Zij ontvangen een bericht op hun mobiele telefoon met de locatie van het slachtoffer en/of de locatie van de dichtstbijzijnde AED. Deze vrijwilligers gaan naar het slachtoffer om hulp te bieden tot de ambulance aanwezig is en professionele hulpverleners de zorg overnemen. De kans op overleving na een hartstilstand wordt op deze manier aanzienlijk vergroot.

Wat heeft u meegemaakt?

Hartveilig Wonen(HVW) is een vrijwilligersnetwerk dat ingeschakeld wordt in het geval van een melding van een hartstilstand bij de meldkamer. De volgende vragen gaan over uw persoonlijke ervaringen omtrent reanimatie of het kennen van mensen met hart- en vaatziekten. Geef bij elke vraag aan welke antwoordkeuze op u van toepassing is door een vakje aan te vinken.

Kent u, of kende u, in uw nabije omgeving mensen met hart en/of vaatziekten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Kent u, of kende u, in uw nabije omgeving mensen die een hartaanval/hartstilstand hebben gehad?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bent u wel eens aanwezig geweest bij een reanimatie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Answer If Bent u wel eens aanwezig geweest bij een reanimatie? Ja Is Selected

Heeft u in (één van) deze situatie(s) zelf gereanimeerd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Answer If Heeft u in (één van) deze situatie(s) zelf gereanimeerd? Ja Is Selected

Bij de reanimatie(s) waarbij u zelf gereanimeerd heeft

- ☐ Is niemand overleden
- ☐ Is iemand overleden
- ☐ Hebben zowel mensen het niet overleefd als wel overleefd

Answer If Bent u wel eens aanwezig geweest bij een reanimatie? Ja Is Selected And Heeft u in (één van) deze situatie(s) zelf gereanimeerd? Nee Is Selected

Bij de reanimatie(s) waarbij u aanwezig was

- ☐ is nooit iemand overleden
- ☐ Is wel iemand overleden
- ☐ hebben zowel mensen het overleefd als niet overleefd

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

De volgende vragen betreffen een aantal stellingen over onderwerpen als reanimeren en het vrijwilliger zijn bij Hartveilig Wonen(HVW). Geef bij elke stelling aan in hoeverre deze op u van toepassing is door een vakje aan te vinken. Hierbij betekent het meest linkervakje dat u het helemaal niet eens bent met de stelling en het meest rechtervakje dat u het helemaal eens bent met de stelling.

Ter herinnering: Wanneer u niet bij HVW bent aangemeld, probeert u zich dan voor te stellen hoe het zou zijn om HVW vrijwilliger te zijn bij het beantwoorden van de vragen.

	Helemaal oneens (1)	Beetje oneens (2)	Neutraal (3)	Beetje eens (4)	Helemaal eens (5)
Ik ben zeker van mijn reanimatievaardigheden	☐	☐	☐	☐	☐
Vrijwilliger zijn bij HVW past bij mijn normen en waarden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan in het geval van een hartstilstand/panieksituatie goed reageren	☐	☐	☐	☐	☐
Vrijwilliger zijn bij HVW kan ervoor zorgen dat ik te maken krijg met de emotionele belasting van een reanimatie	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben meestal in staat om snel ter plekke te zijn als ik een oproep krijg van HVW	☐	☐	☐	☐	☐
Vrijwilliger zijn bij HVW zorgt ervoor dat ik kan bijdragen aan de veiligheid in mijn buurt	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan goed omgaan met de emotionele belasting van een reanimatie	☐	☐	☐	☐	☐
Vrijwilliger zijn bij HVW geeft mij een voldaan	☐	☐	☐	☐	☐

gevoel					
Mijn leefomstandigheden zorgen ervoor dat ik niet altijd direct kan reageren op een reanimatie oproep	☐	☐	☐	☐	☐
Vrijwilliger zijn bij HVW kan ervoor zorgen dat ik te maken krijg met de emotionele nasleep van een reanimatie	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben weinig thuis waardoor ik niet altijd kan reageren op een reanimatie oproep	☐	☐	☐	☐	☐
Vrijwilliger zijn bij HVW geeft mij veel verantwoordelijkheid	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan goed omgaan met de emotionele nasleep van een reanimatie	☐	☐	☐	☐	☐

Beeld u zichzelf in dat....

De volgende vragen beschrijven een aantal situaties die u kunt meemaken als Hartveilig Wonen(HVW) vrijwilliger. Beeld u zichzelf in dat u zich in onderstaande situatie bevindt. Bij elke situatie staan een aantal vragen. Geef bij elke vraag aan in welke mate de genoemde reacties bij u worden opgeroepen.

Ter herinnering: Wanneer u niet bij HVW bent aangemeld, probeert u zich dan voor te stellen hoe het zou zijn om HVW vrijwilliger te zijn bij het beantwoorden van de vragen.

Stel: U wordt op dit moment via HVW opgeroepen voor een reanimatie. Wanneer u zich bedenkt hoe uw huidige niveau van reanimeren is, in welke mate worden de volgende reacties bij u opgeroepen?

	Niet (1)	Een beetje (2)	Tamelijk (3)	In hoge mate (4)
Ik word er nerveus van	☐	☐	☐	☐
Ik word er gespannen van	☐	☐	☐	☐
Ik word er bang van	☐	☐	☐	☐

Stel: U zit thuis op de bank en u krijgt een oproep van HVW. U wordt gevraagd onmiddellijk naar uw directe burens te komen voor de start van een reanimatie. In welke mate worden dan de volgende reacties bij u opgeroepen?

	Niet (1)	Een beetje (2)	Een beetje (3)	Niet (4)
Ik word er nerveus van	☐	☐	☐	☐
Ik word er gespannen van	☐	☐	☐	☐
Ik word er bang van	☐	☐	☐	☐

Het meemaken en uitvoeren van een reanimatie kan een grote impact op mensen hebben. Wanneer u denkt aan de psychologische nasleep die een reanimatie, waarbij het slachtoffer is overleden, voor u zou kunnen hebben, in welke mate worden de volgende reacties dan bij u opgeroepen?

	Niet (1)	Een beetje (2)	Tamelijk (3)	In hoge mate (4)
Ik word er nerveus van	☐	☐	☐	☐
Ik word er gespannen van	☐	☐	☐	☐
Ik word er bang van	☐	☐	☐	☐

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

De volgende vragen betreffen een aantal stellingen over onderwerpen als het doen van vrijwilligerswerk, reanimeren en het vrijwilliger zijn bij Hartveilig Wonen(HVW). Geef bij elke stelling aan in hoeverre deze op u van toepassing is door een vakje aan te vinken. Hierbij betekent het meest linkervakje dat u het helemaal niet eens bent met de stelling en het meest rechtervakje dat u het helemaal eens bent met de stelling.

Ter herinnering: Wanneer u niet bij HVW bent aangemeld, probeert u zich dan voor te stellen hoe het zou zijn om HVW vrijwilliger te zijn bij het beantwoorden van de vragen.

	Helemaal oneens (1)	Beetje oneens (2)	Neutraal (3)	Beetje eens (4)	Helemaal eens (5)
Ik anticipeer op de behoefte van anderen	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn partner hecht er veel waarde aan	☐	☐	☐	☐	☐

dat ik vrijwilliger ben/word bij HVW					
Ik neem de tijd voor anderen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik maak me zorgen om anderen	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn familie en vrienden hechten er veel waarde aan dat ik vrijwilliger ben/word bij HVW	☐	☐	☐	☐	☐
Ik houd ervan om anderen te helpen	☐	☐	☐	☐	☐
De buurt waarin ik woon hecht er veel waarde aan dat ik vrijwilliger ben/word bij HVW	☐	☐	☐	☐	☐
De buurt waarin ik	☐	☐	☐	☐	☐

woon hecht er veel waarde aan dat ik vrijwilliger ben/word bij HVW					
--	--	--	--	--	--

Hoe denkt u over Hartveilig Wonen?

De volgende vragen gaan over uw houding tegenover Hartveilig Wonen(HVW). Hieronder staan zes tegenstellingen over het vrijwilliger zijn bij HVW. Geef bij elke schaal aan in welke mate de stellingen de gevoelens bij u oproepen.

Ter herinnering: Wanneer u niet bij HVW bent aangemeld, probeert u zich dan voor te stellen hoe het zou zijn om HVW vrijwilliger te zijn bij het beantwoorden van de vragen.

Vrijwilliger zijn bij HVW vind ik...

	1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 (5)
Onplezierig:Plezierig	☐	☐	☐	☐	☐
Slecht:Goed	☐	☐	☐	☐	☐
Onbelangrijk:Belangrijk	☐	☐	☐	☐	☐
Onverstandig:Verstandig	☐	☐	☐	☐	☐
Overbodig:Noodzakelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Zinloos:Zinvol	☐	☐	☐	☐	☐

Answer If Bent u aangemeld bij Hartveilig Wonen? Nee Is Selected

Zou u Hartveilig Wonen vrijwilliger willen worden?

U heeft aangegeven geen vrijwilliger te zijn bij Hartveilig Wonen(HVW). De volgende stellingen gaan over de kans dat u zich gaat inschrijven voor HVW.

Geef bij de volgende twee stellingen aan in hoeverre deze op u van toepassing zijn door een vakje aan te vinken. Hierbij betekent het meest linker vakje dat u zeker niet van plan bent om u aan te melden bij HVW en het meest rechter vakje dat u zich zeker wel gaat aanmelden bij HVW.

Answer If Bent u aangemeld bij Hartveilig Wonen? Nee Is Selected

Ik ben van plan om mij binnenkort aan te melden bij HVW.

- ☐ Zeker niet
- ☐ Waarschijnlijk niet
- ☐ Misschien
- ☐ Waarschijnlijk wel
- ☐ Zeker wel

Answer If Bent u aangemeld bij Hartveilig Wonen? Nee Is Selected

Ik ben van plan om mij ergens in de toekomst aan te melden bij HVW.

- ☐ Zeker niet
- ☐ Waarschijnlijk niet
- ☐ Misschien
- ☐ Waarschijnlijk wel
- ☐ Zeker wel

Bij HVW worden vrijwilligers opgeroepen bij een hartstilstand in de buurt. Wij zijn benieuwd of mensen ook willen helpen bij andere soort incidenten, rampen of crises.

Geef bij de volgende stelling aan in hoeverre deze op u van toepassing is door een vakje aan te vinken. Hierbij betekent het meest linkervakje dat u zeker niet van plan bent om hulp te verlenen en het meest rechtervakje dat u zeker wel hulp wilt verlenen.

Bent u bereid als burgerhulpverlener te helpen bij een (grootschalig) incident?

(Denk aan bijvoorbeeld het uitdelen van dekens aan gestrande reizigers na noodweer of assisteren bij de evacuatie van een zorginstelling bij hoog water bij u in de buurt.)

- ☐ Zeker niet
- ☐ Waarschijnlijk niet
- ☐ Misschien
- ☐ Waarschijnlijk wel
- ☐ Zeker wel

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Appendix E. Assumpties regressieanalyse

In dit Appendix staat de uitwerking van het controleren voor de assumpties van regressieanalyse.

Appendix E.1 Assumpties lineaire regressie

Voordat er een lineaire regressie uitgevoerd zal worden, wordt de data getoetst op een aantal assumpties waaraan voldaan moet worden voordat er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd mag worden. Dit zijn *sample size*, *multicollineariteit* en *outliers* (Tabachnick & Fidell, 2001).

De eerste assumptie betreft de grootte van de steekproef. Het is belangrijk dat er gebruik gemaakt wordt van een steekproef die groot genoeg is omdat de resultaten anders niet generaliseerbaar zijn naar andere steekproeven, wat ten koste gaat van de wetenschappelijke relevantie. Stevens (1996) stelt dat er voor onderzoek in sociale studies ongeveer 15 respondenten geïnccludeerd moeten worden per voorspellende variabele. In dit geval worden er twee verklarende variabelen meegenomen uit de univariate analyses, wat betekend dat een steekproef van 65 respondenten voldoende is.

De tweede assumptie waaraan voldaan moet worden voordat er gebruik gemaakt kan worden van lineaire regressie is dat er geen sprake is van multicollineariteit. Om de multicollineariteit te bepalen is er gebruik gemaakt van ‘*tolerance*’ en ‘*VIF*’. Hierbij geeft een waarde van minder dan 0.1 voor ‘*tolerance*’ (Menard, 1995) en een waarde van meer dan 10 voor ‘*VIF*’ (Myers, 1990) een hoge waarschijnlijkheid van multicollineariteit weer. In tabel 1 zijn de gevonden waarden van ‘*tolerance*’ en ‘*VIF*’ weergegeven. Hier is af te lezen dat de waarde van ‘*VIF*’ onder de 10 ligt (Myers, 1990) en de waarde van ‘*tolerance*’ boven de 0.1 (Menard, 1995) ligt. Dit geeft aan dat er geen sprake is van multicollineariteit.

Tabel 1. *Tolerance en VIF waarden met als afhankelijke variabele intentie*

Variabele	Tolerance	VIF
Attitude	.753	1.329
Behavioral Beliefs	.753	1.329

A. Afhankelijke variabele: Intentie

De derde assumptie is dat er geen sprake is van outliers. Aan de hand van het ‘*residuen scatterplot*’ en de ‘*normal probability plot*’ kan deze assumptie gecheckt worden. Wanneer alle punten in de ‘*normal probability plot*’ redelijk op één lijn lijken te liggen, is dit een

indicatie dat er geen outliers zijn. Dit is hier het geval. In de scatterplot geeft een puntenwolk in de vorm van een ruit aan dat er geen sprake is van outliers. Aan deze voorwaarden wordt voldaan (zie Appendix E). Concluderend kan er gesteld worden dat de data voldoet aan de assumpties waardoor het toegestaan is om lineaire regressie toe te passen.

Appendix E.2 Assumpties logistische regressie

Voordat er een regressieanalyse uitgevoerd zal worden, wordt de data getoetst op een aantal assumpties waaraan voldaan moet worden voordat er een logistische regressieanalyse uitgevoerd mag worden. *Dit zijn linearity, multicollinearity en outliers (Tabachnick & Fidell, 2001).*

De eerste assumptie stelt dat het model lineair behoort te zijn. Bij normale regressieanalyse wordt verondersteld dat de uitkomstvariabele een lineaire relatie vertoont met de voorspellers. Echter in geval van logistische regressie is dit niet mogelijk aangezien er sprake is van een categorische uitkomstvariabele. Om toch te onderzoeken of er sprake is van een lineair verband tussen de voorspellers en de uitkomstvariabele, is er gebruik gemaakt van de logaritmische transformaties van de voorspellende variabelen. Hierbij is de interactie getest tussen de voorspellende variabelen en de logaritmische transformatie van deze voorspellende variabelen. Wanneer er significante interactie ($p < 0.05$) wordt gevonden is dit een teken dat de assumptie van lineaire data niet opgaat. In tabel 2, zijn twee significante p-waarden bij de interacties af te lezen. Dit geeft aan dat er niet is voldaan aan de assumptie van lineariteit.

Tabel 2. Interactie voorspellende variabelen en de logaritmische transformaties

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Attitude by LnAttitude	-2.812	1.390	4.093	1	.043	.060
Sociale norm by LnSociale norm	.450	.744	.366	1	.545	1.569
Waargenomen gedragscontrole by Ln waargenomen gedragscontrole	.262	2.052	.016	1	.898	1.300
Angst by LnAngst	3.664	1.258	8.489	1	.004	39.017
Behavioral Beliefs by LnBehavioral Beliefs	-.762	1.961	.151	1	.697	.467

Een tweede assumptie waaraan voldaan moet worden is *'independence of errors'*. Deze assumptie stelt dat alle verkregen data onafhankelijk van elkaar dienen te zijn. Om te bepalen of de data voldoet aan deze assumptie is er gebruikt gemaakt van de *'Durbin-Watson test'*. Deze beoordeelt of afwijkende residuen met elkaar correleren. De waarden van de *'Durbin-Watson test'* kan een waarde aannemen tussen de 0 en de 4. Vuistregels stellen dat een waarde lager dan 1 of hoger dan 4 reden is om te twijfelen of er voldaan wordt aan deze assumptie. De Durbin-Watson test geeft een waarde van .300. Dit geeft aan dat ook aan deze assumptie niet is voldaan.

Een derde assumptie waaraan voldaan moet worden voordat er gebruik gemaakt kan worden van logistische regressieanalyse is dat er geen sprake is van multicollineariteit. In het ideale geval zijn de voorspellende variabelen sterk gerelateerd aan de afhankelijke variabele. Wanneer de voorspellende variabelen echter ook sterk met elkaar gecorreleerd zijn, gaat dit ten koste van hun betrouwbaarheid, omdat ze elkaar, ten minste gedeeltelijk, overlappen. Om te bepalen of er sprake is van multicollineariteit is er gebruik gemaakt van *'tolerance'* en *'VIF'*.

Hierbij geeft een waarde van minder dan 0.1 voor *'tolerance'* (Menard, 1995) en een waarde van meer dan 10 voor *'VIF'* (Myers, 1990) een hoge waarschijnlijkheid van multicollineariteit weer. In tabel 3 zijn de gevonden waarden van *'tolerance'* en *'VIF'* weergegeven. Dit geeft aan dat er geen sprake is van multicollineariteit.

Tabel 3. Tolerance en VIF waarden met als afhankelijke variabele intentie

Variabele	Tolerance	VIF
Attitude	.733	1.365
Sociale norm	.830	1.205
Waargenomen gedragscontrole	.558	1.792
Angst	.617	1.621
Behavioral Beliefs	.617	1.620

A. Afhankelijke variabele: Aangemeld

Concluderend kan er gesteld worden dat de data voldoet aan één van de drie assumpties, waardoor het niet geoorloofd is om logistische regressie toe te passen. Om de data toch geschikt te maken voor logistische regressie is er gebruik gemaakt van Bootstrapping. Dit is een robuuste methode waarbij er door SPSS duizend keer een kleine steekproef is getrokken

uit de volledige steekproef. Hierdoor wordt de data minder gevoelig voor assumptiebezwaren en outliers en kan er toch logistische regressieanalyse uitgevoerd worden.