



Universiteit Utrecht

Solidariteit & risicogedrag in het Nederlandse zorgstelsel

Een Vignette-onderzoek naar leefstijl, solidariteitscriteria en leeftijd

Algemene Sociale Wetenschappen

Masterthesis: Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid & Interventie

Begeleidster en eerste lezer: R. F. Oomkens

MSc Tweede lezer: dr. M. J. M Hoogenboom

Cursusjaar 2014-2015

Marthe Bierens

Studentnummer: 5482526

m.bierens@students.uu.nl

Dankwoord

Ten eerste wil ik mijn familie bedanken waar ik altijd terecht kon als in Utrecht de muren op me af kwamen. Mam, bedankt voor het eindeloos nadenken over hoe die ene zin begrijpelijk werd voor de rest van de wereld. Pap, bedankt voor de focus op de kern als ik verstrikt raakte in alle informatie er omheen. En Sterre, bedankt voor alle knuffels en motiverende foto's als ik een hele dag achter mijn scriptie had gezeten.

Daarnaast wil ik graag alle vrienden bedanken die stukken gelezen hebben, me geholpen hebben met de analysis en die al mijn gezeur het afgelopen half jaar hebben moeten aanhoren over de scriptie. Speciale dank aan Renee Sagel, mijn beste vriendin en partner in crime. Allebei hebben we moeten knokken voor onze master. Zonder jou had ik het niet gekund dit jaar.

Daarbij wil ik mijn scriptiebegeleider Rosanne Oomkens bedanken. Mijn scriptie ging me niet altijd even gemakkelijk af maar ondanks alle tegenslagen en frustraties heb ik dankzij alle feedback, gesprekken en mails met vragen toch mijn scriptie tot een einde weten te brengen.

En ten slotte wil ik graag alle participanten die mee hebben gewerkt aan het onderzoek bedanken. Bedankt voor de inzichten, eerlijke antwoorden en mooie gesprekken. Zonder jullie was dit onderzoek er nooit geweest.

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de opvattingen over leefstijlsolidariteit. Leefstijlsolidariteit is de solidariteit tussen mensen die geen risicogedrag vertonen en mensen die wel risicogedrag vertonen. Deze vorm van solidariteit is de laatste jaren steeds meer onder druk komen te staan. Door de stijgende zorgkosten, stijgt de druk op de collectieve solidariteit waarmee het zorgstelsel wordt gefinancierd, waardoor er vanuit de overheid een beweging ontstaat om een groter deel zorgkosten te verleggen van het collectief naar het individu. Dit heeft als gevolg dat steeds sterker de overtuiging onder de Nederlandse bevolking naar voren komt, dat het te duur is om iedereen dezelfde gezondheidszorg te bieden zonder daarbij rekening te houden met risicogedrag. Ook in de verschillen in polissen komt de beweging richting het individu naar voren. Met name bij de 'jongerenpolissen', goedkope polissen speciaal voor jongvolwassenen die over het algemeen weinig zorg gebruiken. Voor ouderen zou de beweging richting het individu echter ongunstig zijn omdat zij meer zorg gebruiken. Dit zou kunnen duiden op een verschil tussen ouderen en jongvolwassenen in leefstijlsolidariteit.

Dit onderzoek richt zich op de achterliggende factoren die de opvattingen over leefstijlsolidariteit vormen. Naast dat leefstijlsolidariteit door de druk op de collectieve solidariteit verandert, zijn er ook factoren die de solidariteit tussen individuen verklaren. Dit zijn de vijf criteria van van Oorschot: onmacht, identiteit, reciprociteit, houding en behoefte. Deze vijf criteria bieden de basis voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag: Verschillen de opvattingen van jongvolwassenen ten aanzien van leefstijlsolidariteit in de gezondheidszorg ten opzichte van de opvattingen van ouderen en hoe zijn deze verschillen te verklaren?

Met behulp van de Vignette-methode, zijn de resultaten tot stand gekomen. Uit de interviews is naar voren gekomen dat alle respondenten het vertonen van risicogedrag als individuele verantwoordelijkheid zagen maar dat niet alle respondenten vonden dat dit ook betekende dat men daarvoor moest betalen. Uit de antwoorden bleken de criteria onmacht en houding een directe invloed uit te oefenen op de opvattingen over leefstijlsolidariteit. Reciprociteit heeft invloed op de algemene solidariteit richting een individu en speelt daarmee een indirecte rol in leefstijlsolidariteit. Verschillen tussen ouderen en

jongvolwassenen zijn er minimaal, maar ouderen waren over het algemeen iets meer solidair dan jongvolwassenen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	8
2. Theoretisch kader	11
2.1 De definitie van solidariteit	11
2.2 Solidariteit op macroniveau	12
2.2.1 Solidariteit als lijm van de samenleving	12
2.2.2 Sociale risico's	13
2.2.3 Eigen verantwoordelijkheid en solidariteit	14
2.3 Solidariteit op microniveau	16
2.3.1. Solidariteit in persoonlijke relaties	16
2.3.2 Van Oorschot: solidariteitscriteria	17
2.4 Leefstijlsolidariteit	18
2.4.1 De opkomst van leefstijlsolidariteit	18
2.4.2 Leefstijlsolidariteit op macroniveau.....	19
2.4.3. Leefstijlsolidariteit op microniveau.....	20
3. Onderzoeksvraag en deelvragen	23
4. Onderzoeksopzet	24
4.1 Onderzoeksmethode.....	24
4.2 Doelgroep en dataverzameling	26
4.3 Operationalisatie	27
4.3.1. De gestructureerde vragenlijst.....	27
4.3.2 De Vignettes	29
4.3.3 Solidariteit	31
4.4 Data-analyse.....	32
5. Resultaten	34

5.1 De vignettes.....	34
5.1.1. Algemene bevindingen.....	34
5.1.2 Vignette: Roken.....	35
5.1.3 Vignette: Alcoholgebruik.....	36
5.1.4 Vignette: Ongezonde voeding.....	37
5.1.5 Vignette: Te weinig beweging.....	38
5.2 Verschillen tussen de vier vormen risicogedrag.....	39
5.5 De solidariteitsscores.....	40
5.5.1 De algemene solidariteitsscores op premieverhoging per risicogedrag.....	40
5.5.2 Verschillen in premiescores tussen jongvolwassenen en ouderen.....	42
5.5.3. De algemene solidariteitsscores op eigen bijdrage.....	44
5.4. De verschillen tussen premieverhoging en eigen bijdrage verklaard door uitspraken van de respondenten.....	45
6. Conclusie & discussie.....	47
6.1 Conclusie.....	47
6.2 Discussie.....	53
6.3 Leefstijlsolidariteit in de praktijk.....	55
7. Literatuurlijst.....	57
8. Bijlages.....	62
8.1 Bijlage 1:.....	62
8.2 Bijlage 2: Inleiding voorafgaand aan het interview.....	64
8.3 Bijlage 3: Tabel persoonlijke kenmerken en risicogedrag respondenten.....	66
8.4 Bijlage 4: Topiclijst.....	67
8.5 Bijlage 5: Vragenlijst.....	69
8.6 Bijlage 6: Tabel opbouw vignettes.....	71

8.7 Bijlage 7: Vignettes.....	73
8.8 Bijlage 8: Codeboom	82

1. Inleiding

Het Nederlandse zorgsysteem wordt gefinancierd op basis van het gelijkheidsprincipe: iedere burger draagt bij aan het zorgstelsel ongeacht zijn of haar zorggebruik, inkomen of gezondheidsrisico's (Bonnie van den Akker, van Steenkiste & Vos, 2010). Op deze manier dragen de rijken bij aan de gezondheidszorg voor de armen en de dragen de gezonden bij aan de gezondheidszorg voor de zieken. Dit gelijkheidsprincipe komt voort uit het gedachtegoed van de verzorgingsstaat waarin de samenleving, georganiseerd als de staat, verantwoordelijk wordt gesteld voor de sociale zekerheid en bescherming van zijn burgers tegen armoede (van Oorschot, 2006b). Risico's die de sociale zekerheid van burgers kunnen schaden of kunnen leiden armoede, zoals ziekte, worden gedragen door middel van collectieve solidariteit. Alle burgers dragen collectief bij aan de verzorgingsstaat en kunnen daardoor allemaal rekenen op hulp in de vorm van sociale voorzieningen als zij in de nood komen door deze risico's, bijvoorbeeld de gegarandeerde gezondheidszorg door middel van het zorgstelsel (van Oorschot, 2006b; ter Meulen & Maarse, 2008). Op deze manier creëert de traditionele verzorgingsstaat een stabiele sociale context voor de burger waarin een goede gezondheidszorg gegarandeerd wordt (Trappenburg, 2000).

Verschillende factoren zoals de toename van chronische ziektes, de continue medische ontwikkeling, de vergrijzing, de arbeidsintensiteit van de sector en de toenemende vraag naar gezondheidszorg zorgen ervoor dat er meer druk komt op de beschikbare middelen in de gezondheidszorg (Buyx & Prainsack, 2012). De laatste jaren is er mede door deze ontwikkelingen een sterke stijging van zorgkosten zichtbaar in Nederland. Tussen 2001 en 2012 zijn de zorgkosten van 11,7% naar 15,4% gestegen als uitgavepercentages van het bruto binnenlands product (BBP) en de verwachting is dat de zorgkosten de komende jaren zullen blijven stijgen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013). De stijging van zorgkosten heeft geleid tot de opvatting dat het principe van collectieve solidariteit mogelijk zijn limiet heeft bereikt en wellicht niet langer houdbaar is (Trappenburg, 2000; ter Meulen & Maarsen, 2008). Door de stijgende kosten zoekt de overheid daarom naar wegen om de kosten te beperken. Meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger en voorlichting over een gezonde leefstijl zijn instrumenten die de overheid daarvoor inzet (Raad voor Volksgezondheid en Zorg: 2011; Trappenburg, 2000; ter Meulen & Maarse, 2008).

Volgens ter Meulen en Maarse (2008) gaat de toenemende kennis over leefstijl onder de bevolking en de nadruk op eigen verantwoordelijkheid gepaard met het afnemen van steun voor ongelimiteerde solidariteit ten aanzien van groepen binnen de samenleving die risicogedrag vertonen. Deze solidariteit wordt leefstijlsolidariteit genoemd; de solidariteit tussen mensen die risicogedrag vertonen en de mensen die geen risicogedrag vertonen (Trappenburg, 2000; Baldewsing, 2013). Lange tijd was deze vorm van solidariteit verborgen in het zorgstelsel doordat leefstijlsolidariteit was ingedekt in het gelijkheidsprincipe. Door de veranderingen in het zorgstelsel komt leefstijlsolidariteit echter onder druk te staan. Uit steeds meer onderzoeken komt naar voren dat de houding tegenover leefstijlsolidariteit verandert (Baldewsing, 2013; ter Meulen & Maarse, 2008; Bonnie et al., 2010; Stegeman, Willems, Dekker & Bossuyt, 2014). Door de stijgende zorgkosten komt sterker de overtuiging naar voren dat het te duur is om iedereen dezelfde gezondheidszorg mogelijkheden te bieden, zonder daarbij mensen verantwoordelijk te houden voor het vertonen van risicogedrag (ter Meulen & Maarse, 2008).

De mogelijke afname van leefstijlsolidariteit zou kunnen wijzen op een verandering binnen het zorgstelsel; de nadruk binnen het zorgstelsel lijkt te verschuiven van collectieve solidariteit naar de individuele burger. Ook de invoering van de marktwerking in de zorg laat dit zien door de toename in consumentenvrijheid bij het afsluiten van verzekeringen (Trappenburg, 2000; Roos & Schut, 2008). De laatste jaren hebben de burgers van de Nederlandse staat meer consumentenvrijheid gekregen door zelf een groter aandeel te krijgen in de keuze in hun zorgverzekering. Dit leidt ertoe dat steeds meer burgers kiezen voor een verzekering die aansluit bij hun individuele vraag naar zorg. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de opkomst van de zogenaamde 'jongerenpolissen', zoals JongerenVerzorgd van Menzis, Jongeren van CZ en Jong Pakket van VGZ (Jongerenpolis.nl, 2015). Steeds meer verzekeraars richten zich op deze doelgroep met de jongerenpolis waarin zij een relatief smal zorgpakket tegen weinig geld aanbieden, omdat jongvolwassenen over het algemeen weinig zorg gebruiken (Roos & Schut, 2008). Deze jongerenpolissen sluiten daardoor mogelijk beter aan bij de wensen van de jongvolwassenen, maar daarmee dragen de jongvolwassenen ook minder bij aan het zorgstelsel. Ouderen daarentegen gebruiken juist veel zorg. Na het 65e levensjaar nemen de zorgkosten voor een individu sterk toe en deze zullen blijven stijgen tot de persoon overlijdt (Rijksschroeff-van der Meer, 2011). Boven de

75 jaar bedraagt het bedrag dat per inwoner wordt uitgegeven meer dan 10.000 euro en dit loopt op tot ruim 50.000 euro per jaar. Dit maakt dat de ouderen meer baat hebben bij solidariteit in het zorgstelsel dan jongvolwassenen.

De druk op leefstijlsolidariteit en de opkomst van jongerenpolissen lijken aan te geven dat het maatschappelijke draagvlak voor het zorgstelsel gebaseerd op het gelijkheidsprincipe afneemt. Dit maakt de inrichting van het toekomstige zorgstelsel onzeker en kan gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van zorg voor ouderen en andere kwetsbaren. Er ontbreekt in de huidige literatuur inzicht in de achterliggende factoren die de opvatting over leefstijlsolidariteit beïnvloeden. De meeste onderzoeken zijn gericht op het verschaffen van gegevens over leefstijlsolidariteit en het aantonen van verschillen tussen verschillende soorten risicogedrag (Baldeswing, 2013; ter Meulen & Maarse, 2008; Bonnie et al., 2010; Stegeman et al., 2014). Welke achterliggende factoren de opvattingen over leefstijlsolidariteit beïnvloeden is echter nog niet onderzocht. Daarnaast is er geen onderzoek bekend naar de verschillen in opvattingen tussen jongvolwassenen en ouderen jegens leefstijlsolidariteit. De opkomst van jongerenpolissen doet echter vermoeden dat jongvolwassenen minder solidair zouden kunnen zijn dan ouderen. Dit maakt de vergelijking tussen deze twee groepen interessant.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag: Verschillen de opvattingen van jongvolwassenen ten aanzien van leefstijlsolidariteit in de gezondheidszorg ten opzichte van de opvattingen van ouderen en hoe zijn deze verschillen te verklaren?

2. Theoretisch kader

Uit de inleiding is naar voren gekomen dat de veranderingen in leefstijlsolidariteit gevolgen kan hebben voor de solidariteit die de basis vormt voor ons zorgsysteem. Maar wat is solidariteit? Waaruit komt solidariteit voort en welke functie vervult solidariteit in de samenleving? Hoe kan solidariteit een antwoord vormen op sociale risico's? En wat is de verhouding tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid? Wat voor rol vervult solidariteit in de persoonlijke relaties tussen individuen? En wat vormt de solidariteit in deze persoonlijke relaties? In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de theorieën van Durkheim, Schmid, Buyx, Weber en van Oorschot de theorieën uit de literatuur over solidariteit op macroniveau en microniveau besproken en wordt er antwoord gegeven op bovenstaande vragen. Tenslotte wordt er gekeken naar de theorie van leefstijlsolidariteit en hoe de bovenstaande theorieën hierin een rol spelen.

2.1 De definitie van solidariteit

Solidariteit heeft als begrip meerdere betekenissen. Dobrzanski (2005) beschrijft dat solidariteit een descriptieve betekenis heeft waarin solidariteit wordt gezien als beschrijving van een daadwerkelijke band tussen individuen, groepen, gemeenschappen et cetera en een normatieve betekenis heeft waarin solidariteit kan worden gezien als waarde waardoor relaties worden gevormd. In de literatuur over solidariteit kan daarom een verdeling gemaakt worden tussen literatuur die gaat over de descriptieve vorm van solidariteit en literatuur die gaat over de normatieve vorm van solidariteit (Dobrzanski, 2005). In dit onderzoek wordt er gekeken naar beide vormen waarbij de normatieve solidariteit vooral terug komt in het gedachtegoed van de verzorgingsstaat op macroniveau en de descriptieve solidariteit terug komt in de persoonlijke relaties tussen individuen op microniveau.

Volgens van Oorschot (1998a) zijn er twee bronnen waaruit solidariteit kan voortvloeien: gedeelde identiteit of gedeeld nut. Gedeelde identiteit zorgt ervoor dat mensen zich met elkaar identificeren waardoor er een wij-gevoel ontstaat waardoor er een solidaire relatie ontstaat tussen deze mensen. Gedeeld nut houdt in dat mensen van elkaar afhankelijk zijn om bepaalde mogelijkheden te realiseren en daardoor een solidaire relatie

aangaan. Deze twee bronnen zorgen ervoor dat solidariteit zowel op macroniveau als op microniveau kan ontstaan.

2.2 Solidariteit op macroniveau

Solidariteit op macroniveau wordt vaak vertaald naar een verplichte vorm van solidariteit die wordt opgelegd vanuit het beleid en regelgeving van de staat. Een voorbeeld hiervan is de verplichte, collectieve bijdrage aan het Nederlandse zorgsysteem die voortkomt uit de inkomenssolidariteit en de risicosolidariteit.

2.2.1 Solidariteit als lijm van de samenleving

Durkheim beschrijft solidariteit vanuit een macroperspectief (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). Hij ziet solidariteit als moreel fenomeen dat bijdraagt aan de cohesie en integratie van de samenleving (Wagner, 2001). Durkheim beweert dat zonder solidariteit een samenleving uit elkaar zal vallen omdat solidariteit de collectieve belangen behartigt en de samenleving bij elkaar houdt (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). Binnen solidariteit maakt hij onderscheid in mechanische solidariteit en organische solidariteit (ter Meulen & van der Made, 2000).

Mechanische solidariteit is te koppelen aan de bron gedeelde identiteit en kwam voor in de premoderne samenlevingen waarin men zich identificeerde met, cultureel gezien, gelijken. Met de komst van de modernisatie worden de relaties echter complexer en minder territoriaal (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). Dit resulteert in een structurele onderlinge afhankelijkheid in plaats van een culturele afhankelijkheid. Durkheim noemt dit organische solidariteit. Van Oorschot (1998a) beschrijft dit als collectieve interesse die de individuele interesse overneemt en daarmee de onderlinge afhankelijkheidsrelatie vorm geeft. Solidariteit wordt gezien als de lijm die de samenleving bij elkaar houdt.

De structurele onderlinge afhankelijkheid waarop organische solidariteit op gebaseerd is, vormt de basis van de inrichting van een verzorgingsstaat. Een verzorgingsstaat is gebaseerd op het idee dat de overheid verantwoordelijk is voor de sociale zekerheid en bescherming van zijn burgers (van Oorschot, 2006b) en is erop gericht om sociale risico's die de sociale zekerheid bedreigen op te vangen. Dit wordt gedaan door beleid te vormen aan

de hand van collectieve solidariteit. Schmid beschrijft hoe een staat met verschillende sociale risico's om kan gaan.

2.2.2 Sociale risico's

Schmid (2006) spreekt van een risico als de schade of het verlies is toe te delen aan het maken van individuele keuzes. De keuzes kunnen leiden tot schade of verlies; maar ook tot kansen en winst, wat het nemen van risico's aantrekkelijk maakt. Risico's vormen de tegenhanger van gevaar. Gevaar wordt volgens Schmid (2006) veroorzaakt door een externe omstandigheid waar geen individuele keuze vooraf gaat, bijvoorbeeld een natuurverschijnsel. Risico en gevaar zijn echter niet volledig los van elkaar te zien omdat ze vaak door elkaar lopen. Zo kan een aardbeving ervoor zorgen dat een huis instort maar heeft het individu zelf de keuze om het huis met aardbeving bestendige materialen te bouwen.

Schmid (2006) heeft vier ideaal-typologieën ontwikkeld van mogelijke reacties op sociale risico's en verantwoordelijkheid voor de gevolgen die sociaal risico met zich mee kan brengen. Het nemen van risico's is niet een volledig rationeel proces waar het individu volledige controle over heeft (Schmid, 2006). Dworkin (2002) onderstreept dat er onderscheid moet worden gemaakt in risico's die worden veroorzaakt door individuele keuzes en in risico's die worden veroorzaakt door externe omstandigheden. Voor de bepaling van de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van het nemen van een risico onderscheidt Schmid (2006) daarom twee soorten risico's. Ten eerste de risico's die het gevolg zijn van individuele keuzes of het gevolg zijn van externe omstandigheden en ten tweede de risico's waarvan de gevolgen door het individu zelf te dragen zijn of waarvoor collectieve steun nodig is. Deze twee risico's zorgen voor de volgende verdeling in de vier typologieën van Schmid (2006).

Ten eerste is er de *individuele verantwoordelijkheid*: Aan dit type kunnen risico's toe worden geschreven als de risico's het resultaat zijn van individuele keuzes en de risico's door het individu gedragen kunnen worden.

Ten tweede is er de *solidariteit*: In dit type worden risico's veroorzaakt door individuele keuzes, maar de gevolgen hiervan zijn zo groot dat collectieve steun nodig is.

Ten derde is er de *individuele solidariteit*: Dit zijn de risico's die door externe factoren worden veroorzaakt maar waarvan de effecten kunnen worden verkleind of verdwijnen door het individu of door zelf-georganiseerde collectieve hulp.

Tenslotte is er de *collectieve solidariteit*: Dit zijn de risico's die door externe factoren worden veroorzaakt en waarvan de effecten te groot zijn individueel gedragen te worden (Schmid, 2006).

Binnen deze typologieën komt het onderscheid tussen eigen verantwoordelijkheid en solidariteit naar voren. Wanneer een individu zelf de risico's veroorzaakt en de risico's zelf kan dragen, kan volgens de typologie van Schmid de burger zelf verantwoordelijk de risico's dragen. Wanneer de risico's te groot zijn voor het individu om zelf te kunnen dragen, bepleit Schmid dat deze sociale risico's moeten worden gedragen door collectieve steun. Buyx (2008) beschrijft hoe eigen verantwoordelijkheid en solidariteit in het beleid van een staat gezamenlijk een rol kunnen spelen aan de hand van een viertal rechtsvaardigheidstheorieën die de mate van eigen verantwoordelijkheid in het beleid van een staat verantwoorden.

2.2.3 Eigen verantwoordelijkheid en solidariteit

Volgens Buyx (2008) zijn er vier soorten rechtsvaardigheidstheorieën: de libertaire theorie, de communitaristische theorieën, de geluk-egalitaire theorieën en de liberaal-egalitaire theorieën. Deze theorieën zullen hieronder worden toegelicht.

Ten eerste is er de libertaire theorie waarin men gelooft dat individuen het recht hebben zelf te beslissen hoe zij hun fondsen besteden (Buyx, 2008). De verplichte verdeling van middelen zoals universele gezondheidszorg wordt gezien als immoreel en alleen een minimaal, publiek gezondheidszorg pakket is te verantwoorden. De rest wordt bepaald door de vrije markt mechanismen.

Ten tweede zijn er de communitaristische theorieën (Buyx, 2008). In deze theorieën wordt er geloofd dat het gemeenschappelijk goed een grotere rol zou moeten spelen dan de individuele voorkeuren en interesses. De stijgende kosten die voortkomen uit de individuele zoektocht voor het meest kwalitatief hoogstaande en lange leven leiden wordt afgekeurd. De middelen die hiervoor worden gebruikt, zouden gebruikt moeten worden om een goed leven van een normale lengte te kunnen waarborgen.

Ten derde zijn er de theorieën die worden aangehangen door het geluk-egalitarisme (Buyx, 2008). Zij maken onderscheid tussen ongelijkheid veroorzaakt door factoren waar individuen geen invloed op hebben, zoals genetica, en factoren waar individuen wel invloed op hebben, zoals risicogedrag. De tweede groep factoren worden in de deze theorieën gezien als individuele verantwoordelijkheid. Zij stellen individuele verantwoordelijkheid als belangrijkste criteria voor de allocatie van middelen in de gezondheidszorg.

Tenslotte bevatten de liberaal-egalitaire theorieën elementen van alle bovenstaande theorieën (Buyx, 2008). In deze theorieën vormen de elementen vrije keuze, eigen verantwoordelijkheid en sociale bescherming door de overheid de belangrijkste pijlers. Deze theorieën ondersteunen de individuele vrijheid waarin individuen hun eigen levensplan na kunnen leven. Daarbij gaan ze uit van het scheppen van gelijkheid van kansen waarmee sociale instituties als gezondheidszorg voor iedereen bereikbaar zijn. Deze liberaal-egalitaire theorieën baseren zich grotendeels op solidariteit waarin de leden van een gemeenschap een gevoel van saamhorigheid ervaren en de afhankelijkheid van elkaar erkennen. De leden van een solidair systeem zorgen dan ook voor elkaar. Binnen deze theorie dragen burgers persoonlijke verantwoordelijkheid tegenover de staat. Een individu wordt geacht niet bewust de staat te schaden en draagt zelf de verantwoordelijkheid wanneer hij of zij dat wel doet. De combinatie van individuele vrijheid en solidariteit wordt door Cappelen en Normheim (2006) verder verkend aan de hand van twee principes die zijn terug te vinden in liberale egalitaire theorieën. Aan de ene kant is er het principe van verantwoordelijkheid waarin individuen verantwoordelijk worden gehouden voor hun eigen keuzes. Aan de andere kant het principe van gelijkmaking waarin wordt gesteld dat mensen die dezelfde keuzes maken ook dezelfde uitkomsten zouden moeten hebben. Ongelijkheden die worden veroorzaakt door factoren buiten het individu zouden opgevangen moeten worden door de samenleving.

Met name uit de liberale-egalitaire theorieën van Buyx (2008) komt naar voren dat theoretisch gezien solidariteit en eigen verantwoordelijkheid naast elkaar kunnen bestaan binnen een staat. Ook binnen de Nederlandse verzorgingsstaat wordt geprobeerd een combinatie tussen eigen verantwoordelijkheid en solidariteit te maken. Waarin hier echter de grens ligt is een lastig vraagstuk aangezien volgens Durkheim de collectieve solidariteit de lijm van de samenleving is en zonder deze solidariteit de samenleving uit elkaar zou vallen.

Het gevaar ligt er dan ook in dat er te veel nadruk op de eigen verantwoordelijkheid komt te liggen en daarmee op het individu komt te liggen, wat de basis van de verzorgingsstaat zou kunnen schaden en zelfs volgens Durkheim een samenleving uit elkaar zou kunnen laten vallen.

2.3 Solidariteit op microniveau

Solidariteit op microniveau is terug te vinden in de persoonlijke relaties tussen individuen of kleine groepen. Deze solidariteit komt niet voort uit verplichting, zoals solidariteit op macroniveau, maar wordt vrijwillig aangegaan.

2.3.1. Solidariteit in persoonlijke relaties

Weber maakt de vertaalslag van de solidariteit op macroniveau naar de solidariteit op het microniveau (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). De op gedeelde identiteit gevormde relaties noemt Weber de communale relaties, waar individuen onderling een subjectief gevoel van verbondenheid ervaren (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). De solidariteitsrelaties gebaseerd op gedeelde identiteit zijn op microniveau blijven bestaan terwijl deze op macroniveau grotendeels verdwenen zijn in de moderne samenleving. Deze microvorm van solidariteit komt vaak voort uit een emotionele of affectieve band tussen twee mensen waardoor mensen er zelf voor kiezen om een solidaire relatie aan te gaan. De solidariteit die voortkomt uit gedeeld nut beschrijft Weber als de associatieve relatie, waarin mensen elkaar benaderen vanuit een rationele motivatie of een gedeelde overeenkomst (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). Mensen hebben elkaar nodig om hun behoefte te kunnen vervullen, in groepen kan dit echter alleen bereikt worden als de leden meewerken. Om het doel te kunnen bereiken wordt daarom een solidariteitsrelatie aangegaan.

Solidariteitsrelaties worden vaak bepaald doordat een individu het gevoel heeft dat het andere individu zijn hulp verdient. Van Oorschot (2000) noemt dit "*deservingness criteria*" (p.36). Deze *deservingness criteria* bepalen de solidariteitsgevoelens van een individu naar andere individuen of groepen.

2.3.2 Van Oorschot: solidariteitscriteria

Er zijn verschillende factoren die de mate van solidariteitsgevoelens beïnvloeden tussen bepaalde individuen of groepen (van Oorschot, 2000; 2006a). Deze solidariteitsgevoelens worden beïnvloed door de mate waarop het individu vindt dat een mens in nood ook daadwerkelijk hulp verdient. Van Oorschot (2000; 2006a) onderscheidt vijf criteria die de houding van mensen tegenover mensen in nood bepalen. Ten eerste, *onmacht*: Solidariteitsgevoelens zijn vaak sterker als mensen geen controle hebben over hun eigen situatie. Ten tweede *identiteit*: Solidariteitsgevoelens zijn vaak sterker als men zich met het individu kan identificeren doordat de persoon in nood dichterbij staat. Ten derde, *houding*: Solidariteitsgevoelens zijn vaak sterker als de persoon een aardig persoon is, gevoelens van dankbaarheid uit of aan onze standaard voldoet. Ten vierde, *behoefte*: Solidariteitsgevoelens zijn vaak sterker als de nood hoog is. Ten slotte, *reciprociteit*: Solidariteitsgevoelens zijn vaak sterker als het individu in nood een persoon is die eerder aan de groep heeft bijgedragen of van wie verwacht wordt dat ze dit in de toekomst kunnen doen.

De criteria kunnen zowel de solidariteitsgevoelens naar bepaalde individuen als bepaalde groepen beïnvloeden waardoor de vijf criteria zowel op microniveau als op macroniveau zijn weerslag kunnen hebben (van Oorschot, 2006a). Van deze vijf criteria wordt het eerste criterium, onmacht, gezien als het criterium dat de solidariteitsgevoelens het meest beïnvloedt (van Oorschot, 2006a). Een individu dat geen invloed heeft gehad op zijn eigen situatie wordt over het algemeen als meer waardig voor hulp beschouwd dan een individu waarbij de noodsituatie is voortgekomen uit eigen toedoen. De Swaan (1987) beschouwt dit criterium zelfs als noodzakelijke conditie voor solidariteit.

Naast onmacht speelt ook het derde criterium identiteit een belangrijke rol (van Oorschot, 2006a). De vorm van solidariteit die hieruit ontstaat is terug te leiden naar de bron gedeelde identiteit (Weber zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). Mensen zijn dus vooral solidair naar degenen waar ze zich verwant mee voelen, mensen waar ze zichzelf mee kunnen identificeren (van Oorschot, 2006a; Weber zoals beschreven in van Oorschot, 1998a; Baldeswing, 2013; Bonnie et al., 2010). Deze twee criteria beïnvloeden de

solidariteitsgevoelens het meest maar alle vijf criteria zijn bepalend voor de ervaren solidariteitsgevoelens naar een bepaalde groep of een individu.

Waar solidariteit op macroniveau dus vaak wordt opgelegd door de staat, worden solidariteitsrelaties tussen individuen vrijwillig aangegaan. De vijf criteria zorgen ervoor in hoeverre een individu solidariteit naar een ander individu ervaart. Hierbinnen kunnen dus verschillen in solidariteitsgevoelens ontstaan tussen verschillende individuen die terug zijn te koppelen aan de vijf criteria. Hieruit valt af te lezen dat de opgelegde solidariteit op macroniveau niet betekent dat dit ook is terug te vinden in de solidariteitsgevoelens tussen individuen op microniveau. De twee beïnvloeden elkaar echter wel, wanneer er steeds meer individuen minder solidariteit ervaren naar bepaalde mensen, heeft dit zijn weerslag op het beleid van de staat (van Oorschot, 2000). Tegelijkertijd kan het beleid ervoor zorgen dat mensen juist meer solidair worden naar bepaalde mensen doordat het wordt opgelegd door de staat (van Oorschot, 2000).

Leefstijlsolidariteit is een voorbeeld dat door de wisselwerking tussen microsolidariteit en macrosolidariteit onder druk steeds meer onderwerp van discussie vormt. Waar leefstijlsolidariteit twintig jaar geleden nog verborgen zat in het systeem, hebben de veranderingen in solidariteit door de jaren heen ervoor gezorgd dat leefstijlsolidariteit meer naar de oppervlakte kwam in het beleid van de gezondheidsstaat en onder druk kwam te staan (Trappenburg; 2000).

2.4 Leefstijlsolidariteit

In deze paragraaf wordt leefstijlsolidariteit beschreven. Vervolgens wordt de koppeling gemaakt tussen de theorieën op macroniveau en de theorieën op microniveau en leefstijlsolidariteit.

2.4.1 De opkomst van leefstijlsolidariteit

Trappenburg (2000) omschrijft leefstijlsolidariteit als de solidariteit tussen mensen die wel risicogedrag vertonen en mensen die dat niet doen. Risicogedrag wordt gedefinieerd als het maken van individuele keuzes die de gezondheid negatief kunnen beïnvloeden (Trappenburg, 2000). Gevolgen voor de gezondheid door risicogedrag worden welvaartsziekten genoemd. De welvaartsziekten kwamen op met de economische

voortgang en de daarbij behorende stijgende levensstandaard (Rijkschroeff-van der Meer, 2011). Door de stijgende welvaart ging men meer energierijk voedsel tot zich nemen, werden lichamelijke inspanningen op het werk geautomatiseerd en werden tabak en alcohol geïntroduceerd aan een breder publiek. Deze veranderingen in het gedrag worden tegenwoordig gekenmerkt als risicogedrag (Rijkschroeff-van der Meer, 2011; Trappenburg, 2000).

Door de toenemende kennis over welvaartsziektes en de gevaren van risicogedrag kwam de relatie tussen leefstijl en gezondheid steeds duidelijker naar voren (Rijkschroeff-van der Meer, 2011; Trappenburg, 2000). Door de toename in informatie over leefstijl en gezondheid werd deze kennis steeds meer als algemene kennis beschouwd (Trappenburg, 2000). Er wordt tegenwoordig vanuit gegaan dat als iemand rookt, deze persoon weet dat dit schade kan toebrengen aan zijn gezondheid. Deze toenemende kennis over leefstijl en gezondheid en de stijgende kosten in gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat de leefstijlsolidariteit onderwerp van gesprek wordt, zowel op macroniveau als op microniveau.

2.4.2 Leefstijlsolidariteit op macroniveau

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op collectieve solidariteit volgens de theorie van Durkheim dat solidariteit de collectieve belangen behartigt en daarmee de lijm van de samenleving vormt (zoals beschreven in van Oorschot, 1998a). In het Nederlandse zorgstelsel worden de sociale risico's die ziekte met zich mee brengt, opgevangen met behulp van collectieve solidariteit. Deze solidariteit komt op twee manieren naar voren: inkomenssolidariteit en risicosolidariteit (ter Meulen & van der Made, 2000; Bonnie et al., 2010). Inkomenssolidariteit houdt in dat mensen met een hoog inkomen mensen met een laag inkomen tegemoet komen in het delen van kosten. Risicosolidariteit houdt in dat mensen met lage gezondheidsrisico's mensen met hoge gezondheidsrisico's tegemoet komen in het delen van kosten. Onder risicosolidariteit valt tevens leefstijlsolidariteit, de solidariteit tussen mensen die risicogedrag vertonen en mensen die geen risicogedrag vertonen. Het zorgstelsel maakt geen onderscheid of de risico's worden veroorzaakt door het individu of door externe omstandigheden waar het individu geen invloed op heeft (Bonnie et al., 2010).

Volgens de liberaal-egalitaire theorieën van Buyx (2008) zou leefstijlsolidariteit echter niet thuishoren in het solidaire systeem van de staat maar vallen onder de eigen verantwoordelijkheid van de burgers omdat gevolgen voor de gezondheid door leefstijl zijn toe te wijzen aan individuele keuzes (Cappelen & Norheim, 2006). De burger zou daardoor zelf de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van hun leefstijl moeten dragen. Doordat de kennis over leefstijl en gezondheid als algemene kennis wordt beschouwd en risicogedrag als individuele keuze kan worden gezien, wordt er steeds meer de vraag gesteld of het terecht is dat mensen die risicogedrag vertonen wel dezelfde behandeling als mensen die geen risicogedrag vertonen verdienen of dat hierin onderscheidt moet worden gemaakt in het beleid van de Nederlandse verzorgingsstaat (Rijksschroeff-van der Meer, 2011).

2.4.3. Leefstijlsolidariteit op microniveau

Ook in de persoonlijke relaties tussen individuen en groepen komt naar voren dat de leefstijlsolidariteit veranderd. De solidariteit tegenover zieken in Nederland is groot wat leidt tot de breed gedeelde opvatting onder de bevolking dat het zeer gewaardeerde Nederlandse zorgstelsel als collectief stelsel behouden moet blijven (van Oorschot, 1998b). Uit steeds meer wetenschappelijke onderzoeken komt echter naar voren dat steeds meer mensen het vertonen van risicogedrag als eigen verantwoordelijkheid zien (Bonnie et al, 2010; Stegeman et al., 2014). Dit wijst erop dat de leefstijlsolidariteit afneemt. Dit houdt in dat hoewel er een hoge solidariteit tegenover zieken als groep is, dit niet direct betekent dat deze solidariteit voor alle zieken hetzelfde is maar de solidariteit naar zieken die een ongezonde leefstijl hebben kan verschillen van de solidariteit naar zieken in zijn geheel. De vijf criteria van van Oorschot (2000; 2006a) kunnen de solidariteitsgevoelens naar verschillende individuen binnen de groep beïnvloeden en de opvattingen over leefstijlsolidariteit verklaren.

Onmacht speelt een essentiële rol in het vraagstuk of risicogedrag als individuele verantwoordelijkheid kan worden gezien. Doordat risicogedrag als individuele keuze kan worden gezien, kan worden gesteld dat mensen die risicogedrag vertonen controle over deze situatie hebben en dus zelf verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor de uitkomsten die risicogedrag met zich mee brengen (Trappenburg, 2000). Dit zorgt ervoor dat de solidariteitsgevoelens naar mensen die risicogedrag vertonen daalt (Baldeswing, 2013; ter

Meulen & Maarse, 2008; Bonnie et al., 2010; Stegeman et al., 2014). Echter blijkt ook dat mensen meer solidair zijn naar mensen die daadwerkelijk een welvaartsziekte hebben (Baldeswing, 2013; Cappelen & Norheim, 2006). Door de chronische aard van de meeste welvaartsziekten kunnen veel individuen die lijden aan deze ziektes hun huidige situatie niet verbeteren en kunnen ze daardoor geen controle over de situatie uitoefenen en zijn ze onmachtig over de situatie. Hierdoor ontstaat een moreel dilemma waarbij mensen eerder naar solidariteit neigen (Cappelen & Norheim, 2006).

Daarnaast speelt het criterium identiteit tevens een belangrijke rol in de bepaling of mensen solidair zijn naar individuen die risicogedrag vertonen. Mensen die risicogedrag vertonen zijn vaak solidair naar anderen die hetzelfde risicogedrag vertonen (Baldeswing, 2013). Zo zijn rokers meer solidair naar andere rokers dan naar mensen die een ongezond voedingspatroon hebben, andersom geldt hetzelfde (Bonnie et al., 2010).

Ook het criterium houding van van Oorschot (2000; 2006a) speelt een rol. Zo vinden mensen het lastig te bepalen wat een ongezonde leefstijl is en wanneer een individu hieronder valt (Baldeswing, 2013). Zo kan iemand die rookt maar verder wel gezond eet, geen alcohol nuttigt en voldoende beweegt, worden aangemerkt als iemand met een relatief gezonde leefstijl en is de solidariteit naar dit individu groter dan wanneer het individu over het algemeen een ongezonde leefstijl heeft. Daarnaast heerst er over het algemeen een positieve opvatting over mensen die gestopt zijn met het vertonen van risicogedrag (Goldstein, 1991). Het zou dus ook kunnen zijn dat men meer solidariteitsgevoelens ervaart naar mensen die proberen te stoppen met het risicogedrag, dan mensen die niet proberen te stoppen.

In het criterium behoefte van van Oorschot (2000; 2006a) speelt het hebben van een welvaartsziekte door het risicogedrag een belangrijke rol. Een tweede reden naast onmacht waarom veel mensen vaak solidair zijn naar zieken is dat deze mensen behoefte aan hulp hebben. Hoe erger de ziekte, hoe hoger de nood, hoe groter de solidariteitsgevoelens (van Oorschot, 2006a).

Hoewel reciprociteit niet een directe rol speelt in leefstijlsolidariteit is het van belang dit criterium mee te nemen in de analyse waarom de solidariteitsgevoelens jegens het ene individu positiever zijn dan het andere. Of de persoon een actief lid is van de samenleving

kan de solidariteit grotendeels beïnvloeden en kan daarmee de negatieve invloed van risicogedrag verkleinen of doen verdwijnen (van Oorschot, 2000).

De toenemende kosten in de gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat de nadruk in door Nederlandse regeringen meer op individuele verantwoordelijkheid komt te liggen. Door de toenemende kennis over de relatie tussen leefstijl en gezondheid, is hierdoor een nieuwe vorm van solidariteit in ons zorgstelsel aan het licht gekomen: leefstijlsolidariteit. Dat leefstijlsolidariteit als eigen verantwoordelijkheid kan worden gezien, komt tevens terug in de publieke opinie. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat mensen vinden dat de leefstijlsolidariteit afneemt. Verklaringen voor de opvattingen over leefstijlsolidariteit zijn te koppelen aan de vijf criteria die de solidariteitsgevoelens naar verschillende individuen bepalen. Deze vijf criteria vormen dan ook de basis in dit onderzoek om de opvattingen over leefstijlsolidariteit te onderzoeken.

3. Onderzoeksvraag en deelvragen

Uit de inleiding kwam de volgende onderzoeksvraag naar voren:

Verschillen de opvattingen van jongvolwassenen ten aanzien van leefstijlsolidariteit in de gezondheidszorg ten opzichte van de opvattingen van ouderen en hoe zijn deze verschillen te verklaren?

Op basis van de criteria van van Oorschot (2000; 2006) zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Zijn er verschillen in de opvattingen over solidariteit bij verschillende vormen van risicogedrag?
2. In welke mate speelt onmacht een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?
3. In welke mate speelt identiteit een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?
4. In welke mate speelt houding een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?
5. In welke mate speelt behoefte een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?
6. In welke mate speelt reciprociteit een rol in het vormen van de opvattingen ten aanzien van leefstijlsolidariteit?

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet besproken. Ten eerste zal de onderzoeksmethode worden toegelicht. Vervolgens wordt de doelgroep en de manier van dataverzameling omschreven. Daarna zal worden ingegaan op de operationalisering van het onderzoek. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de data-analyse.

4.1 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf worden eerst de verschillende delen van het interview besproken. Vervolgens wordt de onderzoeksmethode, de Vignette-methode beschreven.

Het interview bestaat uit drie delen. In het eerste deel vult de respondent een gestructureerde vragenlijst in met een aantal persoonlijke kenmerken.

Vervolgens geeft de interviewer een korte inleiding over het interview zodat de respondent alle informatie heeft om het interview te kunnen volbrengen. Tijdens deze inleiding wordt ingegaan op het onderwerp risicogedrag, hoe er nu met risicogedrag wordt omgegaan in het zorgstelsel en waarom dat misschien zou moeten veranderen. Daarnaast wordt ook de structuur van het zorgstelsel uitgelegd en is verteld hoe het interview zal worden voortgezet. Een samenvatting van de inleiding is te vinden in bijlage 2.

Het derde deel van het onderzoek is kwalitatief en maakt gebruik van de Vignette-methode. De Vignette-methode is een kwalitatieve methode die korte verhalen (een vignette) met een fictief personage in bepaalde omstandigheden gebruikt (Finch, 1987). De respondent wordt vervolgens gevraagd om op het verhaal te reageren. Deze vignettes moeten genoeg context en informatie voor de deelnemers bevatten om het scenario te kunnen begrijpen maar moet vaag genoeg zijn zodat de deelnemers zelf de details in kunnen vullen (Braun & Clarke, 2013). Kwalitatief onderzoek geeft de ruimte om dieper in te gaan op de persoonlijke opvattingen van de respondent en kan daardoor goed inzicht bieden in welke van de vijf criteria van van Oorschot een grotere rol spelen in leefstijlsolidariteit. Een voorkomende kritiek op kwalitatieve onderzoeksmethodes is echter dat de antwoorden van de respondent te sterk worden bepaald door de sociale norm en eigen invulling van de vragen door het toe te passen op zijn eigen leven (Alexander & Becker, 1978). Door de verschillende respondenten eenzelfde vignette voor te leggen, is er minder ruimte voor een

eigen interpretatie van de vragen in het interview en krijgt de interviewer meer controle over de antwoorden van de respondent en is er meer sprake van uniformiteit tussen de ervaringen van verschillende respondenten.

Voordelen aan het gebruik van de vignette, naast meer uniformiteit en controle voor dit onderzoek, zijn dat de Vignette-methode een moreel of praktisch dilemma kan aankaarten zonder dat dit als bedreigend door de deelnemers wordt beschouwd (Braun & Clarke, 2013). Doordat de respondenten op een fictief personage reageren in plaats van dat direct naar eigen ervaringen of opvattingen wordt gevraagd, speelt sociaal wenselijk antwoorden een minder grote rol en zullen respondenten die risicogedrag vertonen zich minder aangevallen voelen op hun eigen gedrag. Dit maakt de Vignette-methode een goede methode om naar potentiële gevoelige informatie te vragen.

Daarnaast biedt de Vignette-methode de mogelijkheid respondenten te interviewen die weinig persoonlijke ervaring hebben met de leefstijlsolidariteit door de hypothetische vignettes (Barter & Renold, 2000). Leefstijlsolidariteit is een relatief nieuw begrip waardoor er een kans bestaat dat een deel van de respondenten nog niet eerder in aanraking is gekomen met dit begrip. Door de vignettes kan een gebrek aan persoonlijke ervaring in dit onderwerp worden opgevangen doordat de ervaring wordt vervangen door informatie uit de vignette.

Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van vier verschillende vignettes die allemaal op een andere vorm van risicogedrag inspelen. De soorten risicogedrag die worden behandeld zijn de vier soorten risicogedrag die de veroorzakers zijn van de meeste welvaartsziektes: roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding en te weinig beweging (Rijkschroeff-van der Meer, 2011). Deze vier vignettes ontwikkelen zich in vier fases. In elke fase komt extra informatie over het fictieve personage dat een bepaalde vorm van risicogedrag vertoont naar voren. In deze fases worden de vijf criteria van van Oorschot getoetst, hier wordt dieper op in gegaan in de operationalisatie. Zo wordt inzicht geboden in welke criteria van van Oorschot (2000; 2006a) een belangrijke rol voor de respondent spelen in zijn solidariteitsgevoelens jegens het fictieve personage in de vignette.

4.2 Doelgroep en dataverzameling

Dit onderzoek trekt de vergelijking tussen jongvolwassenen en ouderen. De doelgroep bestaat uit twee groepen. Ten eerste de jongvolwassenen, dit zijn mensen tussen de 18 en de 27 jaar. Ten tweede de ouderen, hiervoor is gekozen voor een onderzoeksgroep van mensen vanaf 60 jaar en ouder. Om deel te kunnen nemen aan het onderzoek moet de respondent aan de voorwaarde voldoen dat hij of zij zijn eigen zorgpremie betaald. Daarnaast zijn in beide groepen een aantal deelnemers opgenomen die risicogedrag vertonen.

Er zijn in totaal 20 mensen benaderd waarvan er 17 mensen hebben toegezegd mee te werken aan het onderzoek. Data van drie interviews konden niet worden geanalyseerd omdat tijdens het interview bleek dat de respondent niet in staat was helder antwoord te geven op de voorgelegde vignettes of doordat de antwoorden van de respondent niet duidelijk naar voren kwamen in de opnamen. De uiteindelijke steekproef bestond uit 14 mensen, zeven ouderen en zeven jongvolwassenen. In beide groepen zaten drie vrouwen en vier mannen.

Van de 14 mensen waren er in totaal 9 respondenten die risicogedrag vertoonden. In sommige gevallen vertoonde de respondent twee soorten risicogedrag. Vier respondenten vielen binnen de risicogroep roken waarvan één respondent ook binnen de risicogroep te weinig beweging en één respondent ook binnen de risicogroep ongezonde voeding viel. Eén respondent viel binnen de risicogroep alcoholgebruik en viel ook in de risicogroep ongezonde voeding. Drie respondenten vielen alleen binnen de risicogroep ongezonde voeding. Eén respondent viel binnen de risicogroep te weinig beweging. De kenmerken van de respondenten staan in bijlage 3.

De respondenten zijn benaderd door gebruik te maken van de sneeuwbal methode in mijn persoonlijke netwerk. Ik heb een aantal mensen uit mijn persoonlijke netwerk benaderd en vervolgens gevraagd of zij nog een andere kandidaat voor het onderzoek wisten. Zeven van de respondenten vielen onder de groep jongvolwassenen, die bestond uit vier mannen en drie vrouwen. De andere zeven respondenten vielen onder de groep ouderen, die tevens bestond uit vier mannen en drie vrouwen. De interviews vonden met name bij de respondenten thuis plaats om de interviews in een vertrouwde omgeving plaats

te laten vinden. In een aantal gevallen sprak de respondent liever ergens anders af en dan werd daar afgesproken, bijvoorbeeld bij de ouders van de respondent. Elk interview vond plaats in een rustige omgeving zodat de respondent niet gestoord werd tijdens het interview en de vignettes goed kon volgen. De interviews waren tussen de 45 minuten en 1 uur lang. Er waren twee uitschieters van 38 minuten en van 1 uur en 12 minuten lang.

Gevaren van deze methode zijn dat de mensen die ik hiermee bereik een persoonlijke band met mij hebben. Zij zullen dan misschien eerder geneigd zijn om sociaal wenselijk te antwoorden omdat ze mij niet teleur willen stellen in hun antwoord. Met behulp van de Vignette-methode, die sociaal wenselijke antwoorden deels tegen gaat door het over een fictief personage te hebben in plaats van over de respondent zelf, wordt dit getracht te reduceren. Daarnaast geef ik een verklaring van vertrouwelijkheid waarin ik nog extra benadruk dat ik vertrouwelijk om ga met hun antwoorden in het interview.

Een ander gevaar van deze methode is dat de respondenten een aantal gelijkenissen zullen vertonen doordat ze uit mijn persoonlijke netwerk komen. Mensen hebben de neiging om banden te vormen met mensen die op ze lijken (McPherson, Smith-Lovin & Cook, 2001). Dit geldt voor demografische karakteristieken zoals leeftijd, geslacht, etniciteit en educatie maar ook voor psychologische karakteristieken zoals intelligentie, opvattingen en aspiraties. De deelnemers zouden daardoor gelijkenissen kunnen vertonen doordat ze uit hetzelfde persoonlijke netwerk komen. Dit kan ervoor zorgen dat de groep respondenten niet representatief is voor de populatie. Tijdens het benaderen van deelnemers is hiermee rekening gehouden door mensen van verschillende geslachten, leeftijden en uit verschillende families te benaderen. Er moet echter wel de kanttekening gemaakt worden dat de resultaten enigszins vertekend kunnen zijn door de wervingsmethode.

4.3 Operationalisatie

De interviews zijn gevormd aan de hand van een topiclijst die is afgeleid uit de theorie. Deze topiclijst staat in bijlage 4.

4.3.1. De gestructureerde vragenlijst

De gestructureerde vragenlijst gaat in op een aantal persoonlijke kenmerken van de respondent en meet of de respondent een vorm van risicogedrag vertoont. De gehele

vragenlijst is te vinden in bijlage 5. Ten eerste wordt er naar een aantal persoonlijke kenmerken gevraagd namelijk leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

In dit onderzoek wordt gefocust op de eerder benoemde vier vormen van risicogedrag. Naast dat de fictieve personages een vorm van risicogedrag vertonen, worden ook de respondenten in een gestructureerde vragenlijst gevraagd naar hun risicogedrag. Aan de hand van de informatie of de respondent een vorm van risicogedrag vertoont wordt het criterium identiteit van van Oorschot (2000; 2006a) getoetst. Wanneer de respondent een vorm van risicogedrag vertoont, kan dit betekenen dat de respondent meer solidariteitsgevoelens heeft met het fictieve personage uit de vignette die hetzelfde soort risicogedrag vertoont doordat de respondent zich verwant voelt met dit personage.

De Nederlandse normen worden gehanteerd om te duiden wanneer iets tot risicogedrag behoort. De standaard voor tabaksgebruik ligt op helemaal niet roken (Schuit, van Loon, Tijhuis & Ocké, 2002).

De standaard voor alcoholgebruik voor vrouwen op meer dan twee glazen per dag en voor mannen op meer dan drie glazen per dag (Schuit et al., 2002).

Voor de mate van beweging wordt de combinorm aangehouden, dit is een combinatie tussen de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en de fitnorm (Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013). Dit betekent dat een individu te weinig beweegt als deze meer dan 5 dagen per week, ten minste een half uur matig intensieve activiteit vertonen of tenminste drie keer per week ten minste 20 minuten zwaar intensieve activiteit vertonen.

Ten slotte is ongezonde voeding lastig te meten aangezien het voedingspatroon persoonsafhankelijk is en er daardoor geen overeenstemming bestaat over wat gezonde voeding inhoudt. Daarom wordt er in dit onderzoek voor gekozen om het *body mass index* (BMI) aan te houden (Bonnie et al., 2010). Bij een BMI hoger dan 25 valt de respondent onder de risicogroep. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat de andere risicogedragingen ook invloed op het BMI kunnen hebben.

4.3.2 De Vignettes

Een tabel van de indeling van de vignettes is te vinden in bijlage 6. Eerst worden de risicogedragingen in de vignette beschreven. Vervolgens wordt er ingegaan op de structuur van de vignettes waarin de vijf criteria van van Oorschot (2000; 2006a) zijn verwerkt.

In alle vier de vignettes komt een andere vorm van risicogedrag aan bod. Voor alle personages wordt benoemd dat zij zich er bewust van zijn dat het risicogedrag dat ze vertonen slecht voor hun gezondheid is.

De eerste vignette gaat in op roken. Het personage van deze vignette rookt gemiddeld 15 sigaretten per dag. Dit cijfer is gebaseerd op de cijfers van Nagelhout, Korte, van der Meer, Zegers, van Gelder & Willemsen (2011) waarin staat dat de rokende Nederlanders gemiddeld 14 sigaretten per dag roken.

De tweede vignette gaat over alcohol drinken. In deze vignette drinkt het personage gemiddeld vier glazen alcohol per dag. Dit aantal is gebaseerd op de standaard voor alcohol gebruik (Schuit et al., 2002). Aangezien het gaat om een vrouwelijk personage gaat in de vignette wordt de standaard van twee glazen per dag met twee glazen overschreden.

De derde vignette gaat in op ongezonde voeding. Povey, Conner, Sparks, James & Sheperd, 1998) tonen aan dat de meeste mensen ongezond voedsel omschrijven als voedsel waar veel vet in zit. Om deze reden is ervoor gekozen dat het personage uit de vignette elke dag bij de snackbar voor zijn lunch eet. Daarnaast wordt er vermeld dat het personage overgewicht heeft omdat ongezonde voeding in dit onderzoek wordt gemeten aan de hand van BMI.

De vierde en laatste vignette gaat in op te weinig lichaamsbeweging. Uit de fitnorm en de NNGB komt naar voren dat dit betekent dat het personage minder dan 5 dagen per week, ten minste een half uur matig intensieve activiteit vertonen of tenminste drie keer per week ten minste 20 minuten zwaar intensieve activiteit vertoond (Hildebrandt et al., 2013). In de vignette wordt duidelijk gemaakt dat het personage niet van sporten houdt, weinig fietst en veel in de auto zit. Daarnaast wordt, net als in elke vignette, benadrukt dat het personage weet dat ze te weinig beweging krijgt.

Zoals benoemd is elke vignette opgedeeld in vier fases. In deze fases zijn vier van de vijf criteria van van Oorschot (2000; 2006a) verwerkt. De eerste fase van de vignette geeft

oppervlakkige informatie over het fictieve personage: wat voor risicogedrag het personage vertoont, hoe dit zich uit in zijn of haar leven in hoeveelheden.

In de tweede fase wordt er informatie gegeven over de houding van het personage in zijn of haar dagelijkse leven en tegenover zijn of haar vorm van risicogedrag. Dit wordt geschaard onder het criterium houding van van Oorschot (2000; 2006a). Om te meten of dit criterium invloed heeft op de antwoorden van de respondent hebben drie van de vier personages een positieve houding. Zij willen graag hun risicogedrag veranderen en hebben een positieve houding tegenover hun omgeving. Eén van de vier personages heeft een negatieve houding. Dit personage is niet bereid zijn risicogedrag te veranderen en heeft een negatieve houding tegenover zijn omgeving.

In de derde fase wordt gekeken naar het criterium reciprociteit van van Oorschot (2000; 2006a). Omdat uit de literatuur naar voren komt dat dit geen directe invloed heeft op leefstijlsolidariteit maar de solidariteitsgevoelens tegenover iemand in het algemeen wel kunnen beïnvloeden en daardoor kunnen doorschemeren in de leefstijlsolidariteit, is deze fase voor alle personages hetzelfde. Alle personages hebben een actief leven waarin zij werken (en dus bijdragen aan de maatschappij), een groot sociaal netwerk hebben waar zij actief mee bezig zijn en over alle personages wordt ook verteld dat zij naast het risicogedrag ook gezond gedrag vertonen zoals sporten of gezond eten. In alle gevallen werd dus duidelijk gemaakt dat zij nut hadden in de samenleving.

In de vierde en laatste fase worden de criteria onmacht en behoefte van van Oorschot (2000; 2006a) getoetst. In deze fase krijgt het personage een ziekte als gevolg van het risicogedrag dat hij of zij vertoont. Om te meten of het criterium onmacht invloed heeft op de opvattingen van de respondenten tegenover het fictieve personage, hebben drie van de vier personages een chronische ziekte. Er wordt bij deze personages extra benadrukt dat zij niet meer beter zullen worden. Deze personages zijn dus onmachtig over de situatie. Eén van de vier personages heeft wel een ziekte maar kan beter worden als hij stopt met het risicogedrag. Dit personage heeft daardoor nog wel een zekere mate van controle over de situatie. Daarnaast wordt het criterium behoefte gemeten. Alle personages hebben behoefte aan zorg doordat zij een ziekte hebben. Echter is er één personage dat een zuster in de naaste familie heeft die hem helpt bij zijn ziekte. De behoefte aan zorg is bij dit

personage daardoor minder groot omdat een deel van de zorg kan worden opgevangen door de naaste familie.

4.3.3 Solidariteit

Na elke fase van de vignette wordt er bepaald of er veranderingen in de solidariteitsgevoelens van de respondent tegenover het personage zijn. De solidariteit van respondenten tegenover de fictieve personages wordt bepaald aan de hand van hun opvattingen tegenover premiedifferentiatie naar aanleiding van het vertoonde risicogedrag door het fictieve personage. Premiedifferentiatie houdt in dat de hoogte van de premie wordt aangepast aan het risico dat iemand loopt (van de Ven & Schut 2000). Ter Meulen en Maarse (2008) beschrijven dat binnen het Nederlandse zorgstelsel steeds meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid komt te liggen en daardoor minder nadruk op solidariteit komt te liggen om de stijgende kosten in de gezondheidszorg te kunnen controleren. Een van de manieren om kosten te controleren in de gezondheidszorg is premiedifferentiatie (ter Meulen & Maarsen, 2008). Er zijn verschillende onderzoeken die premiedifferentiatie gebruiken als een maat voor solidariteit (Bonnie et al., 2010; Kloosterman 2011).

De opvattingen van de respondenten over premiedifferentiatie naar aanleiding van het vertoonde risicogedrag van de fictieve personage uit de vignettes, worden gemeten aan de hand van de vraag: Vindt u dat de persoon in kwestie (het fictieve personage uit de vignette) meer premie zou moeten betalen voor zijn zorgverzekering doordat hij of zij risicogedrag vertoont? De mening van de respondent wordt gepeild aan de hand van een solidariteitsmeter, oplopend van 1 tot 5 waarin ook halve scores een optie zijn. Wanneer de respondent absoluut niet vindt dat de persoon in kwestie meer premie moet betalen, dan kan hij dat als 1 aangeven. Vindt de respondent absoluut wel dat de persoon in kwestie meer moet betalen, dan kan hij dat als 5 aangeven. Na elke fase in de vignette is deze vraag gesteld.

Door te focussen op premiedifferentiatie wordt met name op collectieve solidariteit gefocust. Het geld van de zorgpremie komt direct in het zorgstelsel terecht zonder dat het fictieve personage ook daadwerkelijk kosten maakt. Dit betekent dat het personage een extra financiële bijdrage aan het zorgsysteem levert omdat hij of zij risicogedrag vertoont zonder dat het personage ook daadwerkelijk kosten hoeft te maken. Het personage betaalt

dus enkel voor het risico, niet de daadwerkelijke kosten die hij maakt. In het onderzoek van Hansen, Arts en Muffels (2005) wordt daarom gefocust op eigen bijdragen zonder dat de premie verandert. Op deze manier wordt meer de focus gelegd op individuele zorgkosten in plaats van het collectieve zorgsysteem. Daarom wordt in de laatste fase van de vignette, wanneer het personage ook daadwerkelijk zorgkosten maakt, gevraagd of de respondent vindt dat de persoon in kwestie een extra eigen bijdrage moet betalen door zijn of haar risicogedrag voor de zorgkosten die hij maakt, waarbij de zorgpremie gelijk blijft. Ook dit werd aangegeven op de meter van 1 tot 5, 1 als de respondent het absoluut niet eens was met een extra eigen bijdrage en 5 als de respondent het absoluut wel eens was met de extra eigen bijdrage.

Na de vragen over de zorgpremie of de extra bijdrage is aan de respondent gevraagd of hij zijn of haar keuze voor een cijfer op de meter kon toelichten. Dit was een open vraag waar de respondent de ruimte kreeg zijn opvattingen toe te lichten. Aan de hand van het antwoord van de respondent kon er eventueel om extra verduidelijking gevraagd worden of extra toelichting op bepaalde delen van de vignette. De vignettes staan in bijlage 7.

4.4 Data-analyse

De interviews zijn afgenomen in de maanden mei en juni 2015. De interviews met de respondenten zijn letterlijk getranscribeerd. Er is voor een letterlijk transcript gekozen omdat op deze manier ook de twijfels en aarzelingen in de antwoorden worden meegenomen in de analyse. Dit zou een indicatie kunnen zijn van een verandering in solidariteitsgevoelens van de respondent tegenover het fictieve personage.

De data zijn geanalyseerd met behulp van het programma QSR Nvivo 10. Er is voor dit programma gekozen omdat Nvivo speciaal ontworpen is voor kwalitatieve data-analyse en de mogelijkheid geeft de verkregen informatie uit de interviews te ordenen en te coderen. De interviews zijn eerst open gecodeerd waarbij bepaalde uitspraken van de respondenten werden onderverdeeld in een aantal categorieën. De zogenoemde hoofdcategorieën zijn gevormd vanuit de topiclijst van de interviews. Binnen de antwoorden van de respondenten is vervolgens gekeken of er ook bepaalde subcategorieën konden worden ontdekt. Deze zijn opgenomen in de sub codes. Daarnaast is er een extra categorie kenmerken toegevoegd waarin de persoonlijke kenmerken leeftijd, geslacht en educatie zijn opgenomen. Vervolgens

is een categorie met uitspraken die duiden op verschillen tussen de verschillende soorten risicogedrag opgenomen. De codeboom van de analyse is te vinden in bijlage 8.

Naast de kwalitatieve analyses zijn ook de gemiddelde solidariteitscores uitgedraaid van de respondenten. Deze dienden met name als indicatie voor de respondent zelf om zijn of haar mening over de premieverhoging te bepalen. Het biedt echter wel een mooie controle of er verschillen zitten tussen de uitspraken van mensen en hoe ze daadwerkelijk reageerden op de vraag: Vindt u dat de persoon in kwestie een hogere premie/eigen bijdrage moet betalen omdat hij of zij risicogedrag vertoont? De solidariteitscores zijn ingevoerd in het programma Excel, met dit programma zijn tevens de grafieken van de gemiddelde scores uitgedraaid om de scores te kunnen vergelijken.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek besproken. Zoals gebruikelijk is, bij de in dit onderzoek gebruikte vignette methode, worden er geen citaten gebruikt maar wordt er een algehele samenvatting van overeenkomstigheden tussen de verschillende interviews gegeven (Gilleir, 2013; Pennanen, 2009). Eerst worden de uitspraken van de respondenten tijdens de vignettes besproken. In de bespreking van de vignettes wordt tevens ingegaan op de verschillen in uitspraken tussen jongvolwassenen met de ouderen. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillen in solidariteit tussen die vier vormen van risicogedrag. Ten slotte worden de solidariteitsscores van de respondenten besproken en hoe deze overeenkomen met de uitspraken van de respondenten uit de analyses. Hierin worden ook de verschillen tussen de zorgpremie en eigen bijdrage besproken.

5.1 De vignettes

Hieronder zullen de vignettes besproken worden. De volledige vignettes staan in bijlage 7. Ten eerste zal er in gegaan worden op de bevindingen die in alle vignettes overeen kwamen. Vervolgens zullen de verschillen tussen de vignettes per vignette en de uitspraken over de criteria van van Oorschot (2000; 2006) worden besproken. Over het algemeen waren deze criteria erop gericht de solidariteitsgevoelens van de respondent te verhogen en gaven dus een positieve weergave van het personage. In de vignettes over alcoholgebruik, ongezonde voeding en te weinig lichaamsbeweging week er steeds één criterium af. In deze vignettes was dit criterium zo verwerkt dat het de solidariteitsgevoelens van de respondent zou verlagen.

5.1.1. Algemene bevindingen

Er zijn een aantal bevindingen die in alle vignettes naar voren komen. Ten eerste waren alle respondenten het er unaniem over eens dat het fictieve personage uit de vignettes een eigen keus had omtrent het vertonen van risicogedrag. Bij alle respondenten kwam naar voren dat de verantwoordelijkheid om dit gedrag te veranderen dan ook in de eerste plaats bij het fictieve personage lag. Het soort risicogedrag beïnvloedde deze opvatting niet. Dit

geeft aan dat alle respondenten het vertonen van risicogedrag als eigen verantwoordelijkheid beschouwen.

Dit betekende echter niet dat alle respondenten dezelfde solidariteitsgevoelens ervoeren naar de personages uit de vignettes. Opvallend was dat in alle vignettes naar voren kwam dat op het moment dat mensen twijfelden over hun solidariteitsgevoelens tegenover het risicogedrag, de criteria een grotere invloed hadden op hun solidariteitsgevoelens. Respondenten die in de eerste fase van de vignettes al een duidelijke mening hadden over of het personage een hogere premie moest betalen, bleven vaker bij deze mening tijdens de rest van de vignette. Mensen die geen duidelijke mening hadden over de premieverhoging lieten zich tijdens het interview meer leiden door de criteria die in de vignettes verwerkt waren en fluctueerden daardoor meer in hun uitspraken over de personages.

Daarnaast kwam naar voren dat veel respondenten vaak hetzelfde antwoordpatroon aanhiielden. Dit laat zien dat voor de respondenten bepaalde aspecten in het verhaal meer invloed hadden op de solidariteitsgevoelens van de respondent dan andere aspecten en ze gevoeliger waren voor bepaalde criteria dan andere criteria.

Naast de algemene bevindingen die in alle vignettes naar voren kwamen, vielen er ook een aantal uitspraken op van respondenten die alleen bij één van de vignettes voorkwam. Deze uitspraken worden per vignette hieronder besproken.

5.1.2 Vignette: Roken

De vignette over roken gaat over het personage Hans, een man van 42 jaar die 15 sigaretten per dag rookt. In de vignette over roken zaten geen afwijkende criteria verwerkt die een negatieve invloed op de solidariteitsgevoelens van de respondent zouden kunnen uitoefenen.

Het meest opvallende in de vignette over roken was dat de respondenten het minst solidair naar Hans waren in de eerste fase van de vignette. Er waren in deze vignette de minste twijfelaars over het risicogedrag en dit was tevens terug te zien in de invloed van de criteria op de solidariteitsgevoelens tegenover Hans. Zo werd in de derde fase, waarin het criterium reciprociteit was verwerkt, verteld dat Hans op zijn werk rookte en het idee had dat het de band met zijn collega's versterkte. Een aantal respondenten zag dit als een smoes om niet te stoppen met roken in plaats van dat dit de solidariteitsgevoelens naar Hans

versterkte. Tevens kwam hieruit naar voren dat een deel van de respondenten vond dat de werkgever voor een deel de verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van de werknemers. Zij gaven dan ook aan dat de werkgever dit gedrag zou moeten ontmoedigen.

Er was ten slotte geen duidelijk verschil in solidariteitsgevoelens dat naar voren kwam in de vignette over roken tussen jongvolwassenen en ouderen. Echter was er wel een verschil in de manier waarop zij hun uitspraken onderbouwden. In de vignette over roken kwam naar voren dat veel ouderen zelf vroeger gerookt hadden. Zij vertelden hoe zij het hadden ervaren om te roken, hoe het tijdsbeeld invloed had gehad op hun beeld over roken en hoe zij het uiteindelijk hadden ervaren om te stoppen en gebruikten deze ervaringen met roken om hun uitspraken over roken te onderbouwen. De onderbouwingen van de jongeren waren meer gericht op de situatie die de vignette schetste.

5.1.3 Vignette: Alcoholgebruik

De vignette over alcoholgebruik gaat over het personage Janine. Janine is 50 jaar en drinkt gemiddeld vier glazen wijn per dag. In deze vignette wijkt het criterium onmacht af. In de vierde fase, waarin het criterium onmacht was verwerkt, werd vermeld dat Janine last had van leververvetting en een beginnende vorm van levercirrose. Het is echter niet chronisch waardoor Janine nog beter kan worden als ze stopt met drinken. Janine is hierdoor niet onmachtig over haar ziekte.

In de vignette over alcoholgebruik kwam ten eerste naar voren dat de respondenten al meer twijfelden over hun solidariteitsgevoelens over alcoholgebruik dan over roken. Dit kwam deels doordat een groter deel van de respondenten zich beter kon identificeren met alcoholgebruik. Een groot deel van de respondenten dronk zelf ook wel eens alcohol. Dit waren echter respondenten die niet in de risicogroep alcoholgebruik vielen. De respondenten die wel in de risicogroep vielen, gaven minder blijk van identificatie. Het criterium identiteit kwam daardoor niet duidelijk naar voren als bepalend criterium voor de solidariteit.

Door de toegenomen twijfel steeg ook de invloed van de criteria op de solidariteitsgevoelens onder de respondenten. Na de tweede en derde fase werden veel respondenten milder naar Janine omdat ze haar ook een aardig personage vonden en dit mee ging spelen in hun solidariteitsgevoelens tegenover Janine.

Daarnaast kwam in deze vignette naar voren dat veel respondenten een deel van de verantwoordelijkheid over het risicogedrag bij de huisarts plaatste. De huisarts werd gezien als dichtstbijzijnde expert die het personage op de gevaren van het vertonen van risicogedrag kan wijzen en kan aandringen om te stoppen. Een groot deel van de respondenten drong dan ook aan op een grotere rol voor de huisarts in het bespreken van het risicogedrag.

Ten slotte reageerden bijna alle respondenten positief op dat Janine nog beter kon worden wanneer deze stopte met het vertonen van risicogedrag. Vrijwel alle respondenten legden er extra de nadruk op dat Janine nu echt moest stoppen met risicogedrag. Hoe dit zich uitte kon worden opgedeeld in twee groepen. Aan de ene kant waren er de respondenten die vonden dat door nu de premie omhoog te doen, Janine genoeg werd gestimuleerd om te stoppen. Al deze respondenten gaven aan dat op het moment dat het personage beter was, Janine ook mocht stoppen met het betalen van de extra premie. Aan de andere kant waren er de respondenten die dachten dat de stimulans om beter te worden van de dokter en de omgeving moest komen of van mening waren dat de kans op genezing genoeg prikkels boden om te stoppen met het vertonen van het risicogedrag in plaats van de premieverhoging.

5.1.4 Vignette: Ongezonde voeding

De vignette over ongezonde voeding ging over het personage Joep. Joep was een man van 26 jaar, die elke dag als lunch een patatje en een frikandel speciaal eet bij de snackbar naast zijn werk. In de vignette over ongezonde voeding wijkt het criterium houding af. Joep heeft kritiek gekregen van zijn baas over zijn werkhouding en heeft een negatieve houding tegenover stoppen met ongezond eten.

Uit de reacties van de respondenten kwam in de eerste plaats naar voren dat ze ongezonde voeding een lastige vorm van risicogedrag vonden omdat ongezonde voeding overal te verkrijgen is en iemand continu aan de verleiding is blootgesteld. Aan de andere kant gaven ook veel respondenten aan dat ze elke dag naar de snackbar wel erg vaak vonden. Hierdoor waren de antwoorden van de respondenten gevarieerder dan bij roken en alcoholgebruik.

De meest opvallende uitspraken van de respondenten kwamen naar voren na de tweede fase van de vignette waarin het criterium houding afweek. Er werd het sterkst en met de meeste overeenstemming tussen respondenten gereageerd op Joep die een negatieve houding had tegenover het stoppen met het vertonen van risicogedrag in alle fases van alle vignettes. Veel respondenten gaven aan niet te snappen dat iemand niet met risicogedrag wilde stoppen terwijl hij zich ervan bewust was dat het schadelijk was voor zijn gezondheid. Zij oordeelden dat als de persoon er zelf niet mee wilde stoppen, hij dan maar meer premie moest betalen.

Ten slotte was er tussen de ouderen en jongeren een verschil in de uitspraken zichtbaar gerelateerd aan de leeftijd van Joep. De meeste ouderen hadden hun bedenkingen over Joep. Zij waren zich meer bewust van hoe lang het personage nog met de gevolgen zou moeten leven van het risicogedrag als dat effect zou hebben op de gezondheid. Bij een aantal van de jongvolwassenen speelde de leeftijd ook een rol maar minder prominent als bij de ouderen.

5.1.5 Vignette: Te weinig beweging

De vierde en laatste vignette ging over het personage Marion. Marion is 62 jaar en beweegt te weinig. In de vignette te weinig beweging wijkt het criterium behoefte af. In de vierde fase van deze vignette wordt verteld dat Marion angina pectoris heeft door het te weinig bewegen en dat deze ziekte chronisch is. Marion heeft echter een dochter die verpleegster is en haar helpt met het innemen van de medicijnen en mee gaat naar de spreekuren van de arts. Hierdoor heeft Marion minder behoefte aan hulp bij haar ziekte dan de eerdere personages.

De respondenten vonden te weinig beweging de minst kwalijke vorm van risicogedrag en waren daardoor over het algemeen vrij solidair tegenover Marion. De meest voorkomende reden hiervoor was dat zij beweging een eigen keuze vonden en dat mensen daar dus niet op gecorrigeerd moesten worden door de premie te verhogen. Dit betekende echter niet dat de respondenten niet vonden dat Marion meer moest bewegen.

Er werd bij de vignette over te weinig beweging vrij veel opgemerkt over de verantwoordelijkheid van de omgeving in het risicogedrag van Marion. Ook hier werd de werkgever aangestipt. Door een aantal respondenten werd opgemerkt dat zij vonden dat de

werkgever een gezonde werkomgeving zou moeten stimuleren om zijn personeel zo gezond mogelijk te houden.

Daarnaast kenden veel respondenten de dochter een deel van de verantwoordelijkheid toe in het risicogedrag van Marion. Een groot deel van de respondenten gaf aan er iets van gezegd te hebben als zij de dochter waren geweest. Echter vonden veel respondenten dat dit voor Marion, die in dit stadium van de vignette chronisch ziek was, te laat kwam en dat de dochter eerder had moeten ingrijpen. Hier was echter geen overeenstemming over. Twee respondenten waren van mening dat de dochter er juist te dicht op stond om van invloed te zijn op de situatie van het fictieve personage en dachten dat de dochter weinig had kunnen doen om te voorkomen dat het fictieve personage ziek werd.

Ten slotte kwam ook bij deze vignette naar voren dat ouderen meer op de leeftijd van de personages letten dan de jongvolwassenen. Bij veel jongvolwassenen werd de leeftijd van Marion niet zozeer opgemerkt terwijl de meeste ouderen wel uitspraken deden over de leeftijd van Marion. Onder de ouderen verschilden de reacties op de leeftijd van Marion. Aan de ene kant waren er ouderen die dachten dat 62 jaar te oud was om het risicogedrag te veranderen. Aan de andere kant waren er de ouderen die van mening waren dat het nooit te laat was om je gedrag te veranderen zo lang je nog geen klachten had. Deze ouderen spoorden het personage juist aan om te veranderen.

5.2 Verschillen tussen de vier vormen risicogedrag

Zoals hierboven beschreven verschilden de solidariteitsgevoelens van de respondenten tussen de vier vormen risicogedrag. De meeste respondenten vonden roken de meest schadelijke vorm van risicogedrag en waren het minst solidair tegenover rokers, gevolgd door alcohol en vervolgens ongezonde voeding. Te weinig beweging werd daarentegen door de meeste respondenten als minst schadelijk erkend en riep het meeste solidariteit op onder de respondenten. In deze paragraaf worden de redenen die hiervoor gegeven werden beschreven.

De belangrijkste reden die door de meeste respondenten werd genoemd was de maatschappelijke acceptatie van het risicogedrag. De meerderheid van de respondenten schreef zijn verminderde solidariteit toe aan rokers aan het feit dat roken het minst

maatschappelijk geaccepteerd was. Veel respondenten zagen de kennis dat roken schadelijk voor je is als algemeen bekende kennis. Dit vormde een groot contrast in de reacties alcoholgebruikers. Alcoholgebruik werd eerder geassocieerd met gezelligheid waardoor de opvattingen over het algemeen meer solidair waren naar het risicogedrag alcoholgebruik.

De één na meest genoemde reden was het bewust innemen van middelen. Deze reden werd met name genoemd bij de vignette over het risicogedrag: te weinig beweging. Veel respondenten gaven als reden dat ze meer solidair naar mensen waren die te weinig bewogen omdat deze mensen niet bewust iets innamen wat hun gezondheid kon schaden. Waar de andere fictieve personages sigaretten rookten, alcohol dronken of bij de snackbar aten, werd het laatste risicogedrag gevormd door passiviteit. Voor veel respondenten woog het bewust actie ondernemen om risicogedrag te vertonen dus zwaarder dan het bewust geen actie ondernemen.

Ten slotte werd schade aan derden door een aantal respondenten aangegeven als reden voor de verschillen in solidariteit tussen risicogedrag. Door veel respondenten werd bij roken vermeld dat de schade die mogelijk wordt toegebracht aan de omgeving, een rol speelde in hun besluit over of het personage meer premie moest betalen of niet. Een aantal respondenten was bezorgd over de kinderen van het fictieve personage. Alcohol werd door één respondent genoemd als schadelijk voor derden. Opvallend is dus dat roken door een grotere groep als schadelijk voor derden wordt gezien en alcoholgebruik dat minder oproept.

5.5 De solidariteitsscores

Hoewel dit onderzoek kwalitatief van aard is wordt in deze paragraaf kort terug geblikt op de solidariteitsscores die zijn gegeven door de respondenten tijdens de vignettes. Dit is zowel gedaan voor de vragen over premiedifferentiatie als over de eigen bijdrage. Voor de solidariteitsscores gold dat bij 1 men absoluut niet vond dat de premie/eigen bijdrage moest worden verhoogd en bij 5 men absoluut wel vond dat de premie moest worden verhoogd.

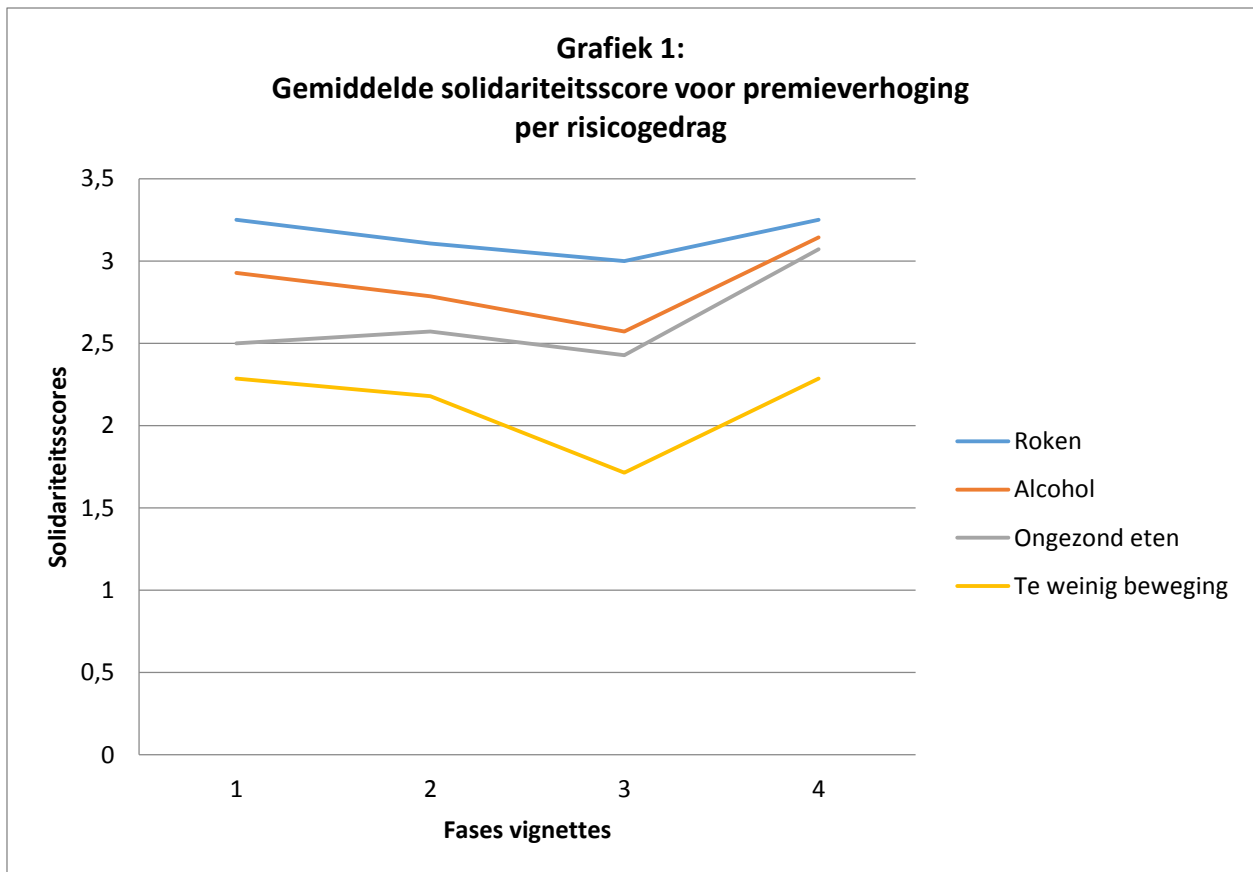
5.5.1 De algemene solidariteitsscores op premieverhoging per risicogedrag

De algemene solidariteitsscores voor de verschillende soorten risicogedrag staan in grafiek 1. Op de X-as van de grafiek staan de verschillende fases van de vignettes. In de eerste fase van

de vignette werd algemene informatie verstrekt, is in de tweede fase het criterium houding verwerkt, is in de derde fase het criterium reciprociteit verwerkt en zijn in de vierde fase de criteria onmacht en behoefteigheid verwerkt.

Uit de grafiek kan worden afgelezen dat de respondenten inderdaad het minst solidair zijn met rokers, gevolgd door alcoholgebruik, ongezonde voeding en ten slotte te weinig beweging. Dit kwam tevens naar voren in de uitspraken van de respondenten. Echter komt er ook naar voren dat de gemiddelde solidariteitsscores vrij laag liggen, alle solidariteitsscores liggen onder de 3,5 en boven de 1,5. De verschillen in solidariteit tussen verschillende soorten risicogedrag in solidariteit waren dus vrij klein en over het algemeen neigden de respondenten eerder naar geen premieverhoging dan naar wel een premieverhoging.

Wanneer er echter wordt ingezoomd op de verschillende fases in de vignettes wordt duidelijk dat de criteria houding en reciprociteit van invloed zijn op de solidariteitsscores van de respondenten. Met name in de vignette waar het personage een negatieve houding had ten aanzien van stoppen, blijkt dat de solidariteit daalt tegenover het personage waardoor de solidariteitsscore stijgt. Reciprociteit heeft ook invloed op de solidariteitsscores met name in het geval van beweging. Onmacht en behoefteigheid hebben juist een omgekeerd effect. In de laatste fase van de vignette daalt de solidariteit in zijn algemeen onder de respondenten en vinden meer mensen dat de personages een hogere premie zouden moeten betalen. Een verklaring die hiervoor gegeven kan worden is dat het personage in deze fase ook daadwerkelijk ziek is geworden door het vertonen van risicogedrag en daardoor kosten maakt.

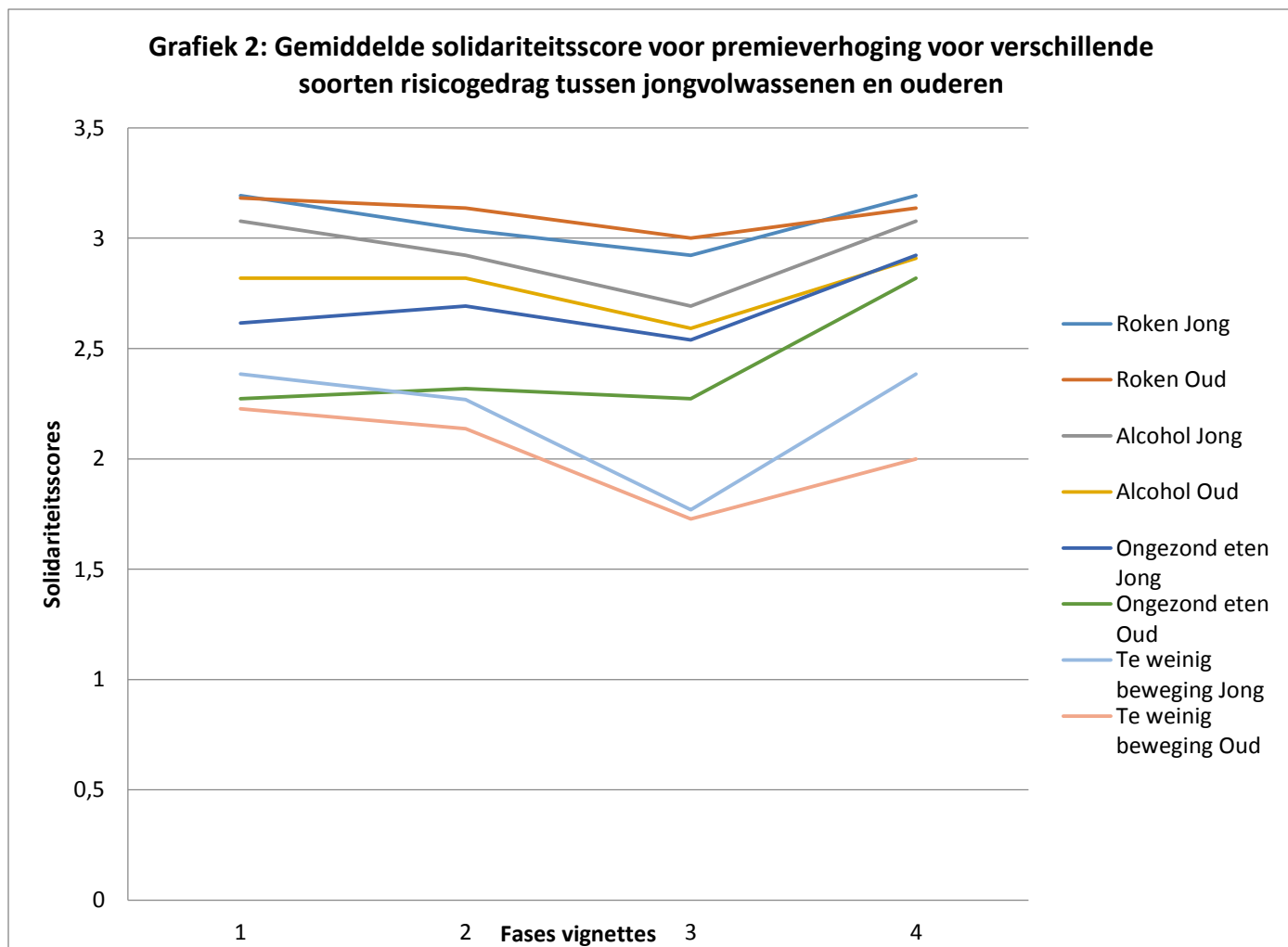


5.5.2 Verschillen in premiescores tussen jongvolwassenen en ouderen

De gemiddelde solidariteitsscores voor de premieverhoging tussen jongvolwassenen en ouderen worden weergegeven in grafiek 2. Uit de grafiek blijkt dat de solidariteitsscores voor jongeren en ouderen dicht op elkaar liggen en er over het algemeen weinig grote verschillen tussen jongvolwassenen en ouderen in de solidariteitsscores waren te vinden. Over het algemeen stonden de ouderen iets negatiever tegenover premieverhoging dan de jongvolwassenen waardoor de solidariteitsscores iets lager zijn voor de ouderen dan de jongvolwassenen. Ook uit de uitspraken van de jongvolwassenen kwam naar voren dat meer jongvolwassenen positief tegenover premieverhoging bij risicogedrag als middel stonden om risicogedrag meer tot de eigen verantwoordelijkheid te laten behoren dan de ouderen. Hoewel alle ouderen vonden dat het vertonen van risicogedrag tot de eigen verantwoordelijkheid van de persoon behoort, hadden zij twijfels of een premieverhoging het goede middel zou zijn om dit te realiseren. Veel van deze ouderen vonden dat je mensen niet moest straffen voor slecht gedrag. Deze ouderen waren dan ook meer op zoek naar

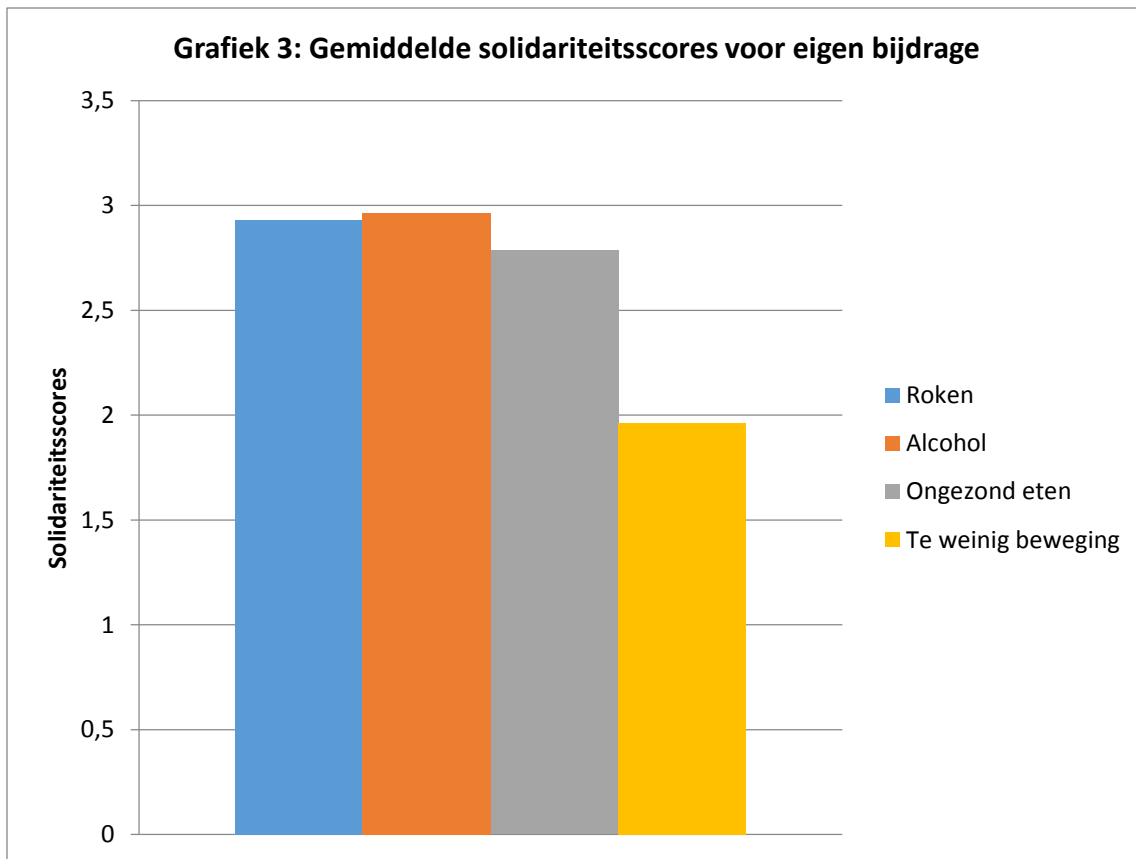
andere middelen om risicogedrag tot de eigen verantwoordelijkheid te laten behoren en dachten meer na over wie er precies werd getroffen door de maatregel. Hoewel er ook een aantal jongvolwassenen was dat hun twijfels had over de wenselijkheid en het effect van een premieverhoging, stemde deze eerder in omdat ze geen andere ideeën hadden en meer gericht waren op de mogelijke toekomstige kosten die verbonden waren aan het risicogedrag.

Het meest opvallende verschil tussen jongeren en ouderen is te vinden in de vignette over ongezonde voeding. Bij de ouderen ligt de solidariteit tegenover ongezond eten hoger dan bij de jongeren. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in het gegeven dat ongeveer de helft van de oudere respondenten een te hoog BMI had. Hoewel in de uitspraken van de ouderen het criterium identiteit niet direct naar voren komt, kan het zijn dat de ouderen meer solidair zijn doordat ze zich identificeren met de vignette over ongezonde eten, zou het verschil in solidariteitsscores toch een gevolg kunnen zijn van een grotere identificatie met het fictieve personage.



5.5.3. De algemene solidariteitsscores op eigen bijdrage

In grafiek 3 staan de solidariteitsscores op eigen bijdrage weergegeven. De gemiddelde solidariteitsscores op eigen bijdrage komen grotendeels overeen met de scores op de gemiddelde solidariteitsscores op de premieverhoging. Er is echter één groot verschil, de gemiddelde solidariteitsscores tegenover alcohol liggen in dit geval hoger dan de gemiddelde solidariteitsscores tegenover roken. Men is dus minder solidair tegenover alcoholgebruik in deze fase van de vignette dan tegenover roken. Een verklaring hiervoor kan worden gegeven doordat in de vignette over alcoholgebruik het personage nog kan genezen van haar ziekte die veroorzaakt is door alcoholgebruik. Het personage uit de vignette over alcoholgebruik is daardoor niet volledig onmachtig over de situatie, wat er in dit geval toe heeft kunnen leiden dat minder mensen solidair tegenover dit personage staan in vergelijking tot roken.



5.4. De verschillen tussen premieverhoging en eigen bijdrage verklaard door uitspraken van de respondenten

De opvattingen over de voorkeur voor een premieverhoging of een verhoging van de eigen bijdrage verschilden sterk onder de respondenten en zijn te verdelen in drie groepen: de respondenten die geen duidelijke voorkeur hebben tussen de premie en de eigen bijdrage, de respondenten die een voorkeur hebben voor de premie en de respondenten die een voorkeur hebben voor de eigen bijdrage.

Er waren zes respondenten met geen duidelijke voorkeur tussen de premie of de eigen bijdrage. Zo waren er de respondenten die überhaupt van mening waren dat de fictieve personages geen extra geld moesten betalen omdat zij risicogedrag vertoonden. En daarnaast waren er de respondenten die vonden dat de fictieve personages sowieso moesten betalen voor het vertonen van risicogedrag. Op welke wijze was voor hun niet relevant en ze hadden geen duidelijke voorkeur tegenover de premie of de eigen bijdrage.

Er waren slechts twee respondenten die een voorkeur hadden voor het verhogen van de premie. Zes van de respondenten gaf echter te kennen een voorkeur te hebben voor de

eigen bijdrage omdat dit zich meer op de verantwoordelijkheid en bijdrage van het individu richt in plaats van het collectieve systeem. Over het algemeen heerste hier de opvatting dat als het personage een deel van zijn zorgkosten zelf kon opvangen en daardoor minder druk op het collectieve systeem uitoefende, dit een betere manier was om mensen bewust te laten worden van hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van risicogedrag. Juist doordat risicogedrag als eigen verantwoordelijkheid werd gezien, vond een groot deel van de respondenten ook dat dit daarom niet thuis hoorde in het collectieve systeem. De eigen bijdrage werd als individueler gezien en daardoor als meer geschikt ervaren.

6. Conclusie & discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de verschillende deelvragen en vervolgens op de onderzoeksvraag. Hierin zal worden teruggeblikt op de bevindingen uit het onderzoek en hoe worden deze toegepast in de literatuur. Ten slotte zal in de discussie kritisch op het onderzoek worden teruggeblikt en er zullen er aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Conclusie

De eerste deelvraag luidde:

Zijn er verschillen in de solidariteitsgevoelens bij verschillende vormen van risicogedrag?

Uit de uitspraken van de respondenten kwam naar voren dat er inderdaad verschillen in de solidariteitsgevoelens zijn voor verschillende vormen van risicogedrag. Dit bleek zowel uit de solidariteitscores van de respondenten als de uitspraken van de respondenten. De solidariteitsgevoelens tegenover roken waren over het algemeen het minst solidair onder de respondenten, gevolgd door alcoholgebruik en daarna ongezonde voeding. Het risicogedrag te weinig beweging riep de meest solidariteitsgevoelens op onder de respondenten. Voor deze verschillen in solidariteit van de respondenten werden vier redenen gegeven: maatschappelijke acceptatie van risicogedrag, het bewust innemen van middelen en het toebrengen van schade aan derden. Van deze drie redenen werd de maatschappelijke acceptatie het vaakste genoemd door de respondenten en heeft daarmee de meeste invloed op de opvattingen over solidariteit tegenover risicogedrag onder de respondenten.

De bevindingen uit dit onderzoek zijn terug te vinden in de literatuur. Ook uit het onderzoek van Bonnie en collega's (2010) komt naar voren dat mensen het minst solidair zijn naar mensen die roken in vergelijking met ander risicogedrag. Daarnaast komt uit het onderzoek van Kloosterman (2011) naar voren dat het risicogedrag minder beweging als minder erg wordt beschouwd dan als roken of alcoholgebruik. De verschillen in opvattingen over de verschillende vormen van risicogedrag worden dus ondersteund door de bestaande literatuur.

Een deel van de redenen die werden gegeven om voor de verschillen in opvattingen is onderbouwing in de literatuur gevonden. Dat maatschappelijke acceptatie een rol speelt hoe er naar roken wordt gekeken komt naar voren in de studie van de Vries, Backbier, Dijkstra, van Breukelen, Parcel & Kok (1994). In deze studie wordt er gekeken naar programma's op scholen om rookgedrag te verminderen. Uit de studie blijkt dat programma's die zich richten om de sociale acceptatie om roken te verminderen het meest effect hebben op de scholieren. Wanneer de sociale acceptatie afneemt, zijn er ook minder scholieren geneigd tot roken. Daarnaast komt in het onderzoek van Rijkschroeff-van der Meer (2011) naar voren dat het toebrengen van schade aan derden een rol speelt in de solidariteit tegenover mensen die risicogedrag vertonen. Hierin wordt benadrukt dat het individu dat risicogedrag vertoont kan zijn omgeving negatief beïnvloeden (Rijkschroeff-van der Meer, 2011).

De tweede deelvraag luidde:

In welke mate speelt onmacht een rol in het vormen van de solidariteitsgevoelens ten aanzien van leefstijlsolidariteit?

Voor alle respondenten gold dat het vertonen van risicogedrag als eigen keuze werd gezien en dat mensen die risicogedrag vertonen ook in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gedrag zijn. Het stoppen met risicogedrag werd dan ook vaak gezien als verantwoordelijkheid van het individu. Mensen die risicogedrag vertoonden werden daarmee niet gezien als onmachtig over hun gedrag. Opvallend was dat de solidariteit echter niet groeide wanneer iemand ook daadwerkelijk chronisch ziek werd door het vertonen van risicogedrag en daardoor wel onmachtig werd over zijn situatie. Veel respondenten waren dan van mening dat iemand die ziek was door eigen toedoen van het risicogedrag en daarmee een kostenpost voor het zorgstelsel was geworden. Dit had een negatief effect op de solidariteitsgevoelens.

Naast dat het individu verantwoordelijkheid droeg om te stoppen waren er ook andere partijen uit de omgeving aangewezen om het individu te helpen met de verantwoordelijkheid. De meeste verantwoording, naast het individu dat het risicogedrag vertoonde, werd toegedeeld aan de huisarts. De huisarts werd gezien als aangewezen

deskundige om de mensen die risicogedrag vertonen te helpen om van hun risicogedrag af te komen. Andere partijen die door verschillende respondenten werden genoemd waren mensen uit de directe omgeving en de werkgever. Hieruit kan worden geconcludeerd dat onmacht een rol speelt in de bepaling van solidariteitsgevoelens tegenover risicogedrag, met name als verklaring voor waarom risicogedrag onder de eigen verantwoordelijkheid valt. Echter zit er wel een grens aan onmacht en kan het juist ook tot minder solidariteit leiden.

Uit de literatuur komt naar voren dat onmacht het criterium is dat de solidariteitsgevoelens tegenover andere individuen of groepen het sterkst beïnvloedt (van Oorschot, 2006a). Ook uit de bevindingen komt naar voren dat onmacht inderdaad een belangrijke rol speelt in de solidariteitsgevoelens tegenover risicogedrag. Echter kwam ook naar voren dat zodra men een chronische ziekte had, veroorzaakt door het risicogedrag, men minder solidair was dan wanneer iemand niet chronisch ziek is. Dit is in strijd met de bevindingen uit de onderzoeken Baldeswing (2013) en Cappelen en Norheim (2006). Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat mensen meer solidair zijn naar mensen die daadwerkelijk een welvaartsziekte hebben omdat men dan onmachtig was over de situatie (Baldeswing, 2013; Cappelen & Norheim, 2006).

De derde deelvraag luidde:

In welke mate speelt identiteit een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?

In de uitspraken van de respondenten is geen bewijs gevonden voor of het criterium identiteit een rol speelt in de solidariteitsgevoelens. Hoewel er verschillende respondenten aangaven dat ze zich konden identificeren met de personages uit de vignettes, kwam in geen van de uitspraken duidelijk naar voren dat dit ook daadwerkelijk hun solidariteitsgevoelens beïnvloedde. Uit de solidariteitsscores komt identiteit echter mogelijk wel naar voren. Ouderen ervoeren over het algemeen meer solidariteitsgevoelens tegenover mensen met een ongezond voedingspatroon. Van de ouderen had ongeveer de helft een te hoog BMI en vielen daarmee in de risicogroep ongezonde voeding. Hoewel geen van de ouderen aangaf

dat ze zich konden identificeren met een ongezond voedingspatroon, kan het zijn dat dit toch een rol heeft gespeeld in hun solidariteitsgevoelens.

Volgens de literatuur was identiteit het belangrijkste criterium op onmacht na (van Oorschot, 2006a). Dit kwam ook naar voren in de onderzoeken van Bonnie en collega's. (2010) en Baldeswing (2013) waaruit bleek dat mensen die risicogedrag vertoonden vaak meer solidariteitsgevoelens ervoeren naar anderen die datzelfde risicogedrag vertoonden. In het onderzoek van Kloosterman (2011) wordt daarbij vastgesteld dat de regelmaat waarin iemand risicogedrag vertoond, invloed had op de opvattingen tegenover premieverhoging. Zo gaf 65% van de niet-rokers, 40% van de niet-dagelijkse rokers en 20% van de dagelijkse rokers aan een premieverhoging terecht te vinden. In dit onderzoek is er echter geen direct bewijs gevonden dat het criterium identiteit inderdaad invloed uitoefent op de solidariteitsgevoelens tegenover mensen die risicogedrag vertoonden en wijkt daarmee af van de bestaande literatuur over het criterium identiteit en risicogedrag.

De vierde deelvraag luidde:

In welke mate speelt houding een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?

Uit de uitspraken van de respondenten kwam naar voren dat houding inderdaad een rol speelt in de solidariteitsgevoelens van de respondenten tegenover risicogedrag. Een positieve houding tegenover stoppen met risicogedrag had bij een aantal respondenten een positieve invloed op de solidariteitsgevoelens naar mensen die risicogedrag vertoonden.

Alle respondenten waren het er unaniem over eens dat een negatieve houding tegenover stoppen met risicogedrag een negatieve invloed op hun solidariteitsgevoelens tegenover mensen die risicogedrag vertonen hebben. Hieruit blijkt dat het willen stoppen met risicogedrag als de norm wordt ervaren en het eigenlijk niet geaccepteerd wordt als iemand zijn gedrag niet wil beteren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de houding van iemand die risicogedrag vertoont van invloed is op de solidariteitsgevoelens van anderen tegenover dit persoon. Er wordt eigenlijk verwacht dat men wil stoppen met risicogedrag en het liefst op eigen kracht.

Uit het onderzoek van van Oorschot (2000) blijkt dat de houding van mensen inderdaad een rol speelt in de mate van solidariteitsgevoelens. Mensen die een positieve houding hebben en graag hun probleem willen oplossen kunnen eerder rekenen op hulp dan mensen die een negatieve houding hebben. Daarbij komt dat de hulp die mensen willen bieden vaak voorwaardelijk is (van Oorschot, 2000). Er zijn bepaalde voorwaarden verbonden aan het beelden van hulp. Dit kan verklaren waarom alle respondenten het de norm vonden dat mensen die risicogedrag vertonen in ieder geval de wil hebben om te veranderen. In de vignette waar dit niet het geval was, was dan ook zichtbaar dat meer respondenten vonden dat het personage maar meer premie moest gaan betalen en minder snel zeiden dat hij hulp nodig had.

De vijfde deelvraag luidde:

In welke mate speelt behoefteigheid een rol in het vormen van de opvatting ten aanzien van leefstijlsolidariteit?

In de uitspraken van de respondenten is geen bewijs gevonden dat het criterium behoefteigheid invloed had op de solidariteitsgevoelens van de respondenten. Van alle criteria werd behoefteigheid het minst opgemerkt in de vignettes wat aangeeft dat behoefteigheid geen grote rol speelt in de solidariteitsgevoelens tegenover risicogedrag.

Ook uit het onderzoek van van Oorschot (2000) blijkt dat behoefteigheid het minst invloed heeft op de solidariteitsgevoelens van mensen. Uit zijn onderzoek bleek dat de mate van behoefteigheid het minst werd opgepikt door de respondenten. Dit verklaart waarom ook in de vignettes behoefteigheid vrijwel niet werd opgepikt door de respondenten en geen invloed had op de solidariteitsgevoelens.

De zesde deelvraag luidde:

In welke mate speelt reciprociteit een rol in het vormen van de opvattingen ten aanzien van leefstijlsolidariteit?

Uit de literatuur kwam naar voren dat werd verwacht dat reciprociteit niet zozeer de leefstijlsolidariteit veranderd, maar invloed heeft op de algemene solidariteitsgevoelens. Uit de uitspraken kwam dit dan ook naar voren dat hoe aardig iemand was, hoeveel hij voor de maatschappij betekende en of hij gezond gedrag vertoonde niet zou moeten meespelen in de solidariteitsgevoelens tegenover iemand die risicogedrag vertoond maar veel respondenten gaven toch aan zich meer solidair te voelen naar de personages op het moment dat ze meer inzicht in hun leven hadden. Dit bleek ook uit de solidariteitsscores waarin naar voren komt dat mensen meer solidariteitsgevoelens ervaren wanneer het criterium reciprociteit een rol speelt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat hoewel reciprociteit niet direct de leefstijlsolidariteit beïnvloedt maar wel een rol speelt in de solidariteitsgevoelens die iemand ervaart naar een persoon en dat de solidariteitsgevoelens dus niet altijd direct worden beïnvloed door hoe iemand omgaat met het risicogedrag maar ook dat andere facetten van het gedrag van iemand een rol spelen in de solidariteitsgevoelens.

Ook reciprociteit is terug te vinden in het onderzoek van van Oorschot (2000). Van Oorschot beschrijft hierin dat veel van de respondenten uit zijn onderzoek de afweging maakte over wat iemand had betekend voor de maatschappij en wat iemand nog zou kunnen betekenen voor de maatschappij. In alle vignettes kwam naar voren dat de personages een belangrijke rol vervulden in hun omgeving of op hun werk en daarmee allen wat bijdroegen aan de maatschappij. Dit kan dan ook een verklaring bieden waarom reciprociteit effect heeft gehad op de solidariteitsgevoelens van de respondenten.

De onderzoeksvraag luidde:

Verschillen de opvattingen van jongvolwassenen ten aanzien van leefstijlsolidariteit in de gezondheidszorg ten opzichte van de opvattingen van ouderen en hoe zijn deze verschillen te verklaren?

Voor het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag waarin wordt gevraagd of verschillen tussen de opvattingen van ouderen en jongeren zitten ten aanzien van leefstijlsolidariteit is bewijs gevonden maar de verschillen tussen jongvolwassenen en ouderen was vrij klein. Het meest opvallende verschil was dat de opvattingen van ouderen iets meer solidair waren dan

de opvattingen van de jongeren over risicogedrag. Er waren ook meer ouderen die premieverhoging geen goed middel vonden om mensen die risicogedrag vertoonden te laten betalen voor hun eventuele zorgkosten dan de jongeren. Daarnaast waren ouderen eerder geneigd de situatie uit de vignette te vergelijken met hun eigen leven waar jongvolwassenen zich meer richtten op het personage uit het verhaal. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er verschillen tussen jongvolwassenen en ouderen zitten en dat een deel hiervan verklaard kan worden doordat ouderen andere zaken in situaties belangrijker vinden dan jongvolwassenen. De verschillen tussen ouderen en jongvolwassenen zijn echter minimaal.

De verschillen in opvattingen over de premieverhoging kunnen verklaard worden doordat ouderen meer baat hebben bij een solidair zorgsysteem. Rijkschroeff en van der Meer (2011) beschrijven dat na het 65^e levensjaar de zorgkosten voor een individu sterk toenemen en deze zullen blijven stijgen tot men overlijdt. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat ouderen meer op zoek zijn naar andere methodes om risicogedrag tot de eigen verantwoordelijkheid te kunnen laten behoren, premieverhoging betekent immers dat een groter deel van de zorgkosten zelf gedragen zouden moeten worden.

Het tweede gedeelte van de onderzoeksvraag wordt beantwoord door de bovenstaande deelvragen waarin er gefocust is op de criteria van van Oorschot (2000; 2006a) om verschillen in solidariteitsgevoelens te verklaren. De criteria waarvoor bewijs is gevonden, zijn: onmacht, houding en reciprociteit. Voor de criteria identiteit werd direct bewijs gevonden maar zou onderliggend een rol gespeeld kunnen hebben in de solidariteitsgevoelens. Voor het criteria behoeftigheid is geen bewijs gevonden dat dit verschillen de opvattingen van de respondenten verklaard.

6.2 Discussie

Ten eerste moet er stil gestaan worden bij het feit dat risicogedrag door verschillende factoren wordt veroorzaakt en het is daardoor de vraag of het terecht is om risicogedrag te typeren als eigen verantwoordelijkheid en daardoor leefstijlsolidariteit uit het gezondheidszorg systeem te halen (Buyx & Prainsack, 2012; Buyx, 2008; Brown 2013; Schmidt, 2009). De ziekten waar het risicogedrag invloed op heeft zijn te wijten aan meerdere factoren, waaronder genetische vatbaarheid (Buyx & Prainsack, 2012; Buyx, 2008; Brown 2013; Schmidt, 2009). Daarnaast worden keuzes omtrent risicogedrag grotendeels

beïnvloed door socio-economische status, socialisatie en educatie, familie of omgeving, sociale waarden en waarden van peers, reclame, verslavingen et cetera (Buyx, 2008, p. 873). Tot slot speelt de omgeving een rol (Buyx & Prainsack, 2013; Buyx, 2008; Brown, 2013; Schmidt, 2009). De omgeving waar iemand zich bevindt kan sterk beïnvloeden of een individu een “gezonde” keuze of risicovolle keuze maakt. Risicogedrag als eigen verantwoordelijkheid indelen is dus niet zo vanzelfsprekend als in dit onderzoek naar voren komt.

Een volgende beperking van het onderzoek is dat het een kleinschalig onderzoek is, er hebben 14 respondenten mee gedaan. Er is hiervoor gekozen omdat dit de ruimte gaf om dieper in te gaan op de vraag wat de solidariteitsgevoelens van mensen bepaald tegenover mensen die risicogedrag vertonen. Om echter een algemener beeld te kunnen schetsen over hoe leefstijlsolidariteit in Nederland zich ontwikkeld, zal er een grootschaliger onderzoek opgezet moeten worden.

Daarnaast zijn de hoogopgeleiden oververtegenwoordigd in dit onderzoek. Dit vormt een belangrijke belemmering voor dit onderzoek omdat uit ander onderzoek naar voren komt dat het vertonen van risicogedrag erg afhankelijk is van opleidingsniveau (Buyx, 2008; Sallis, Owen & Fisher, 2008; Busch & Schrijvers, 2010). Mensen met een laag opleidingsniveau vertonen eerder risicogedrag, waardoor er een aannemelijke kans is dat de resultaten voor deze groep zullen verschillen. Vervolgonderzoek zou zich daarom moeten toespitsen op deze groep om eventuele verschillen aan het licht te brengen.

Daarnaast waren er verschillende respondenten die wel aangaven dat een deel van de verantwoordelijkheid bij de persoon, die risicogedrag vertoont, kan worden gelegd, maar het niet eens waren met het verhogen van de premie. Hierdoor kunnen er vraagtekens worden gezet of de premie of eigen bijdrage een goede manier is om solidariteit te meten. Mensen gaven wel aan dat hun solidariteit afnam maar dat kwam niet naar voren in de vragen over de premie en eigen bijdrage. Het is daarom belangrijk dat in de toekomst dat er ook andere vragen worden gesteld om solidariteit te meten. In het onderzoek van Schmidt (2008) wordt bijvoorbeeld gekeken of goed gedrag juist beloond zou moeten worden in plaats van dat risicogedrag wordt gestraft.

Ten slotte is het interessant om te kijken naar de mogelijkheden om risicogedrag te voorkomen. Veel van de respondenten gaven aan dat ze alleen de premie omhoog deden in

de hoop dat mensen worden ontmoedigd risicogedrag te vertonen en daarmee nieuwelingen af te kunnen schrikken. Vaak werd er gesproken over hoe risicogedrag het beste voorkomen kan worden. Een interessante ontwikkeling omdat het zorgstelsel zich op dit moment nog vooral richt op ziektes genezen in plaats van voorkomen. Uit de interviews is echter af te leiden dat het beeld van de gezondheidszorg verandert en er dus meer ruimte voor preventie in het stelsel zou moeten komen. Vervolgonderzoek zou zich meer kunnen richten op de opvattingen over preventie in het zorgsysteem onder de Nederlandse bevolking.

6.3 Leefstijlsolidariteit in de praktijk

Uit het onderzoek is gebleken dat de respondenten leefstijlsolidariteit inderdaad als eigen verantwoordelijkheid zagen en dus ook vinden dat de mensen die risicogedrag vertonen in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor het veranderen van hun gedrag. Financiële differentiatie lijkt daarom een logische stap in de richting van het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid op het gebied van leefstijl. Er zijn echter een aantal ethische bezwaren die moeten worden meegenomen in de afweging of financiële differentiatie ook daadwerkelijk een mogelijkheid vormt voor beleid in de praktijk.

Ten eerste is er de uitvoerbaarheid, de controle van ongezond gedrag is niet altijd mogelijk (ten Have, 2013). In de gevallen dat het wel mogelijk is, roept het vragen op of dit niet een schending van privacy is en kan het leiden tot stigmatisering.

Ten tweede is het de vraag of ongezonde leefstijlen inderdaad duurder zijn dan gezonde leefstijlen (ten Have, 2013). Het is dus niet zeker of mensen met een ongezonde leefstijl ook daadwerkelijk meer kosten. Zo niet, zouden deze mensen dan wel meer premie of eigen bijdrage moeten betalen? Daar komt bij dat de rechtvaardigheid van financiële differentiatie op basis van leefstijl niet bij iedereen hetzelfde betekent (ten Have, 2013). Is het eerlijk dat het individu dat risicogedrag vertoont betaalt of is dit eigenlijk een slachtoffer van omstandigheden die buiten zijn macht liggen zoals SES en de omgeving.

En ten slotte, is er geen zekerheid of financiële differentiatie ook leidt tot preventie van ongezond gedrag (ten Have, 2013). De effecten op gedragsverandering zijn onzeker. Deze punten leiden ertoe dat leefstijldifferentiatie moeilijk is toe te passen in de praktijk omdat leefstijl een veelzijdig probleem is met geen duidelijke oplossing. Toekomstig

onderzoek zal de verschillende facetten van leefstijlsolidariteit aan het licht moeten brengen zodat een duidelijkere beeldvorming van de toekomst van het zorgstelsel mogelijk wordt.

7. Literatuurlijst

Alexander, C. S., & Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public opinion quarterly*, 42(1), 93-104.

Baldeswing, S.S. (2013). *Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg*. Raad voor Volksgezondheid en Zorg: Den Haag.

Barter, C., & Renold, E. (2000). I wanna tell you a story: Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), 307-323.

Bonnie, L. H., Akker, M., van den., Steenkiste, B., & Vos, R. van.(2010). Degree of solidarity with lifestyle and old age among citizens in the Netherlands: cross-sectional results from the longitudinal SMILE study. *Journal of medical ethics*, 36(12), 784-790.

Brown, R. C. (2013). Moral responsibility for (un)healthy behaviour. *Journal of medical ethics*, 39, p. 695-698.

Busch M. C. M., & Schrijvers C. T. M. (2010). *Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.

Buyx, A. M. (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: Why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics*, 34(12), 871-874.

Buyx, A., & Prainsack, B. (2012). Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. *Clinical Ethics*, 7(2), 79-85.

Cappelen, A. W., & Norheim, O. F. (2006). Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health Policy*, 76(3), 312-319.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Gezondheidszorg in cijfers*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

Clarke, V. & Braun, V. (2013) *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.

Dobrzanski, D. (2005). The concept of solidarity and its properties. *Eastern Europe and the Challenges of Globalization*, 27, 135.

Dworkin, R. (2002). *Sovereign virtue: the theory and practice of equality*. Harvard University Press: Cambridge.

Gilleir, F. (2013). *Discretionaire ruimte bij de Belgische lokale politie*. Maklu: Antwerpen.

Hansen, J., Arts, W., & Muffels, R. (2005). Solidair tegen (w)elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperktere pakketten in de zorgverzekering. *Sociale Wetenschappen*, 48(1/2), 61-84.

Have, M., ten. (2013) *Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: Een overzicht van ethische argumenten*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid: Den Haag.

Hildebrandt, V. H., Bernaards, C. M., & Stubbe, J. H. (2013). *Tendrapport bewegen en gezondheid 2010/2011*. TNO: Den Haag.

Finch, J. (1987). The vignette technique in survey research. *Sociology*, 21(1), 105-114.

Jongerenpolis.nl. (2015). *Jongeren zorgverzekeringen vergelijken*. Geraadpleegd op 13 oktober, 2015, van <http://www.jongerenpolis.nl/jongeren-zorgverzekering-vergelijken>.

Kloosterman, R. (2011). *Solidariteit in de gezondheidszorg*. Bevolkingstrend, 3e kwartaal 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annual review of sociology*, 415-444.

Meulen, R., ter. & Maarse, H. (2008). Increasing individual responsibility in Dutch health care: Is solidarity losing ground? *Journal of Medicine and Philosophy*, 33(3), 262-279.

Meulen, R., ter. & Made, J., van der. (2000). The extent and limits of solidarity in Dutch health care. *International Journal of Social Welfare*, 9(4), 250-260.

Nagelhout, G., Korte, D., de., Meer, R., van de., Zeegers, T., Gelder, B., van., & Willemsen, M. (2011). *Themapublicatie*. Stivoro: Den Haag.

Oorschot, W. J. H., van. (1998a). *Shared identity and shared utility. On solidarity and it's motives*. Tilburg University, Work and Organization Research Centre: Tilburg.

Oorschot, W. J. H., van. (1998b). *Dutch public opinion on social security*. Centre for Research in Social Policy: Loughborough.

Oorschot, W. J. H., van. (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy & Politics*, 28(1), 33-48.

Oorschot, W. J. H., van. (2006a). Making the difference in social Europe: Deservingness perceptions among citizens of European welfare states. *Journal of European social policy*, 16(1), 23-42.

Oorschot, W. J. H., van. (2006b). Dutch welfare state: Recent trends and challenges in historical perspective, the. *European Journal of Social Security*, 8(1), 57-76.

Pennanen, K. (2009). *The initial stages of consumer trust building in E-commerce: A study on Finnish consumers*. Universitas Wasaensis: Vaasa.

Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (1998). Interpretations of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. *Health Education Research*, 13(2), 171-183.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2011). Preventie van welvaartsziekten: effectief en efficiënt georganiseerd. Raad voor Volksgezondheid en Zorg: Den Haag.

Rijkschroeff-van der Meer A. J. C. (2011). *Welvaartsziekten: Andere ziekten, andere aanpak*. Raad voor Volksgezondheid en Zorg: Den Haag.

Roos, A. F., & Schut, E. (2008). *Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam: Rotterdam.

Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 465-486.

Schmid, G. (2006). Social risk management through transitional labour markets. *Socio-Economic Review*, 4(1), 1-33.

Schmidt, H. (2008). Bonuses as incentives and rewards for health responsibility: A good thing? *Journal of Medicine and Philosophy*, 33(3), 198-220.

Schmidt, H. (2009). Personal responsibility in the NHS Constitution and the social determinants of health approach: competitive or complementary? *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 129-138.

Schuit, A. J., Loon, A. J. M., van., Tijhuis, M., & Ocké, M. C. (2002). Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Preventive medicine, 35*(3), 219-224.

Stegeman, I., Willems, D. L., Dekker, E., & Bossuyt, P. M. (2014). Individual responsibility, solidarity and differentiation in healthcare. *Journal of medical ethics, 40*(11), 770-773.

Swaan, A., de. (1987). *In care of the state: State formation and the collectivization of health care, education and welfare in Europe and America during the modern era*. University of Amsterdam: Amsterdam.

Trappenburg, M. (2000). Lifestyle solidarity in the healthcare system. *Health Care Analysis, 8*(1), 65-75.

Ven, D. W., van de. & Schut, E. (2000) Solidariteit en mededinging in de zorgverzekering: staat Europa dat wel toe? *Christen Democratische Verkenningen, 7-8-9*, 162-169.

Vries, H., de., Backbier, E., Dijkstra, M., Breukelen, G., van., Parcel, G., & Kok, G. (1994). A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Education Research, 9*(3), 365-374.

8. Bijlages

8.1 Bijlage 1:



Universiteit Utrecht

Onderzoek:

Master Arbeid, Zorg en Welzijn

Universiteit Utrecht

Naam onderzoeker:

Marthe Bierens

Doel van het onderzoek:

In dit onderzoek wordt getracht de opvattingen tegenover leefstijlsolidariteit vast te leggen en wordt onderzocht waar deze opvattingen door worden beïnvloedt. Leefstijlsolidariteit is de solidariteit tussen mensen die geen risicogedrag vertonen en mensen die wel risicogedrag vertonen. Voorbeelden van risicogedrag zijn tabaksgebruik, alcoholgebruik, een ongezond voedingspatroon en te weinig bewegen. Het vertonen van risicogedrag kan schadelijk zijn voor de gezondheid en dit kan tot extra zorgkosten leiden. Ontwikkelingen in het gezondheidssysteem richten zich steeds meer op de eigen verantwoordelijkheid van het individu. Valt het vertonen van risicogedrag onder de eigen verantwoordelijkheid van het individu of moeten de zorgkosten die hieraan verbonden zijn collectief worden opgevangen en welke factoren beïnvloeden dit? Dit is de vraag die dit onderzoek probeert te beantwoorden.

Uw medewerking:

De gegevens van mijn onderzoek worden verzameld via interviews die zorgvuldig zullen worden behandeld. Tijdens het interview bent u niet verplicht antwoord te geven op bepaalde vragen. U heeft altijd de mogelijkheid om een pauze te nemen of te stoppen met het interview. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Indien u dit wenst (zie

hieronder) kan ik u het uiteindelijke onderzoeksverslag of de samenvatting daarvan toesturen.

Door dit document te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met uw deelname aan dit onderzoek. Ook na ondertekening kunt u nog altijd afzien van uw medewerking. Uw deelname wordt echter zeer op prijs gesteld.

Ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek,

Naam:

Adres:

Plaats:

Handtekening:

Plaats:

Datum:

Hieronder aankruisen wat van toepassing is:

- Ik wens het onderzoeksverslag niet te ontvangen.
- Ik wil het complete onderzoeksverslag ontvangen.
- Ik wil alleen de samenvatting van het onderzoek ontvangen.

Indien u (een samenvatting van) het onderzoeksverslag wenst te ontvangen: hoe wilt u het document /de documenten ontvangen?

- Per e-mail, op het volgende e-mailadres:

8.2 Bijlage 2: Inleiding voorafgaand aan het interview

Mijn onderzoek gaat over risicogedrag. Risicogedrag is ongezond gedrag dat mensen vertonen. De vier meest schadelijke vormen in Nederland zijn roken, alcohol, drinken, ongezonde voeding en te weinig beweging. Bij risicogedrag kan gesteld worden dat de mensen er zelf voor kiezen om het gedrag te vertonen. Daardoor moeten zij ook misschien zelf wel verantwoordelijk zijn voor dat gedrag en de zorgkosten die dat gedrag met zich mee brengt. De vraag bij dit onderzoek is dan ook of we vinden of mensen die risicogedrag vertonen meer zouden moeten bijdragen aan het zorgsysteem doordat zij risicogedrag vertonen.

Op dit moment hebben we een solidair zorgstelsel en dat betekent dat ongeacht je gedrag, je dezelfde zorg voor dezelfde prijs ontvangt. Je zou ook kunnen stellen dat we het solidaire systeem in stand moeten houden, want daardoor blijft iedereen gelijk en wordt er geen onderscheid gemaakt wanneer iemand meer voor zijn zorg moet betalen of niet.

Je ziet dat de overheid steeds meer streeft naar een zo gezond mogelijke samenleving bijvoorbeeld in het anti-rook beleid, waarbij je niet meer in openbare ruimtes mag roken. Maar ook aan sportcampagnes op scholen.

In het huidige stelsel worden de zorgverzekeringen gefinancierd door de zorgpremie. Dit betaalt u elke maand. Daarnaast moet men een deel van bepaalde zorgkosten zelf betalen, dit noemt men de eigen bijdrage. Het verschil tussen deze twee is dat u de zorgpremie ook betaald als u geen zorgkosten hebt terwijl u de eigen bijdrage pas hoeft te betalen als u daadwerkelijk zorgkosten maakt.

Ik ga u straks een aantal hypothetische scenario's voorleggen over vier verschillende mensen. Alle vier de mensen vertonen een andere vorm van risicogedrag en de scenario's zullen hierover gaan. De centrale vraag die ik u ga stellen tijdens de scenario's is: Vindt u dat de persoon in kwestie een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen omdat hij of zij risicogedrag vertoont? Daarvoor heeft u de meter voor u liggen. Hierop staat een schaal van 1 tot 5. 1 betekent dat u absoluut niet vindt dat iemand een hogere premie moet betalen door het vertonen van risicogedrag. 5 betekent dat u absoluut vindt dat iemand een hogere premie moet betalen door het vertonen van risicogedrag. Ook zullen we terug komen op de eigen bijdrage in een verder stadium van het scenario.

8.3 Bijlage 3: Tabel persoonlijke kenmerken en risicogedrag respondenten

Hieronder staan de persoonlijke kenmerken van de respondenten weer gegeven. Wanneer een respondent in de risicogroep viel, is dit antwoord rood gemarkeerd.

Resp.	Leeftijd	Geslacht	Opleidings-niveau	Roken	Alcohol-gebruik	BMI	Beweging	Sporten
A	67 jaar	M	hbo, wo	Ja	5-10 glazen	30,4	2,5-3 uur	45-60 minuten
B	25 jaar	M	hbo, wo	Nee	0-5 glazen	21	1,5-2 uur	>1,5 uur
C	23 jaar	V	hbo, wo	Ja	5-10 glazen	19,9	1,5-2 uur	<20 minuten
D	76 jaar	V	havo, vwo, mbo 2-4	Nee	0-5 glazen	19,1	>3 uur	1-1,5 uur
E	86 jaar	M	hbo, wo	Nee	5-10 glazen	28,1	>3 uur	1-1,5 uur
F	62 jaar	M	bo, mavo, vmbo, mbo-1, mavo onderbouw	Ja	0-5 glazen	23,6	>3 uur	20-30 minuten
G	66 jaar	M	hbo, wo	Nee	geen	22,5	>3 uur	>1,5 uur
H	68 jaar	V	hbo, wo	Nee	10-15 glazen	25,3	>3 uur	1-1,5 uur
I	22 jaar	M	havo, vwo, mbo 2-4	Nee	10-15 glazen	24,7	>3 uur	>1,5 uur
J	68 jaar	V	hbo, wo	Nee	geen	26,6	>3 uur	>1,5 uur
K	21 jaar	M	hbo, wo	Ja	5-10 glazen	21,1	>3 uur	>1,5 uur
L	23 jaar	V	havo, vwo, mbo 2-4	Nee	geen	20,7	1-1,5 uur	<20 minuten
M	22 jaar	V	hbo, wo	Nee	0-5 glazen	23,5	2-2,5 uur	45-60 minuten

8.4 Bijlage 4: Topiclijst

Vragenlijst:

Persoonlijke kenmerken:

- Leeftijd
- Geslacht
- Opleidingsniveau

Risicogedrag: Criterium identiteit

- Voedingspatroon door middel van BMI
- Tabaksgebruik
- Alcoholgebruik
- Bewegingspatroon

Vignettes:

Tabaksgebruik

- Fase 1: algemene informatie
Soort risicogedrag, mate van risicogedrag, bewustzijn risicogedrag
- Fase 2: Criterium houding
Positieve houding van het karakter ten aanzien van het stoppen met risicogedrag en ten aanzien van de omgeving
- Fase 3: Criterium reciprociteit
Kenmerken van het leven van het karakter, gezonde leefstijlkeuzes
- Fase 4: Criteria behoefte en onmacht
Chronische ziekte en geen hulp bij de behandeling van de ziekte vanuit de omgeving.

Alcoholgebruik

- Fase 1: algemene informatie
Soort risicogedrag, mate van risicogedrag, bewustzijn risicogedrag
- Fase 2: Criterium houding

Positieve houding van het karakter ten aanzien van het stoppen met risicogedrag en van de omgeving

- Fase 3: Criterium reciprociteit

Kenmerken van het leven van het karakter, gezonde leefstijlkeuzes

- Fase 4: Criteria behoefte en onmacht

Geen chronische ziekte en geen hulp bij de behandeling van de ziekte vanuit de omgeving

Voedingspatroon

- Fase 1: algemene informatie

Soort risicogedrag, mate van risicogedrag, bewustzijn risicogedrag

- Fase 2: Criterium houding

Negatieve houding van het karakter ten aanzien van het risicogedrag en omgeving

- Fase 3: Criterium reciprociteit

Kenmerken van het leven van het karakter, gezonde leefstijlkeuzes

- Fase 4: Criteria behoefte en onmacht

Chronische ziekte en geen hulp bij de behandeling van de ziekte vanuit de omgeving

Bewegingspatroon

- Fase 1: algemene informatie

Soort risicogedrag, mate van risicogedrag, bewustzijn risicogedrag

- Fase 2: Criterium houding

Positieve houding van het karakter ten aanzien van het risicogedrag en omgeving

- Fase 3: Criterium reciprociteit

Kenmerken van het leven van het karakter, gezonde leefstijlkeuzes

- Fase 4: Criteria behoefte en onmacht

chronische ziekte en hulp bij de behandeling van de ziekte vanuit de omgeving

8.5 Bijlage 5: Vragenlijst

Persoonlijke kenmerken

1. Hoe oud bent u?

2. Geslacht

Man

Vrouw

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding? Indien u nog een opleiding volgt, neemt u deze mee in uw antwoord

Geen opleiding of lagere school

bo, mavo, vmbo, mbo-1, avo-onderbouw (eerste drie jaren van havo en vwo)

havo, vwo, mbo-2-4

hbo, wo

4. Hoe lang bent u?

5. Hoeveel weegt u?

6. Rookt u?

Nee

Ja

Soms

7. Hoeveel alcohol drinkt u? Gemiddeld aantal glazen per week

Ik drink geen alcohol

0 tot 5 glazen per week

5 tot 10 glazen per week

10 tot 15 glazen per week

15 tot 20 glazen per week

20 tot 25 glazen per week

Meer dan 25 glazen per week

8. Hoeveel uur beweegt u? Voorbeelden hiervan zijn wandelen en fietsen

Minder dan een uur per week

Een uur tot anderhalf uur per week

Anderhalf uur tot twee uur per week

Twee uur tot twee en een half uur per week

Twee en een half uur tot drie uur per week

Meer dan drie uur per week

9. Hoe vaak sport u? Hierbij kunt u denken aan zwaar intensieve activiteit

Minder dan 20 minuten per week

20 tot een half uur per week

Een half uur tot drie kwartier per week

Drie kwartier tot een uur per week

Een uur tot anderhalf uur per week

Meer dan anderhalf uur per week

	Soort risicogedrag	Voeding	Alcohol drinken	Ongezonde voeding	Te weinig beweging
Criteria					
Houding		<i>positief</i> : wil stoppen + goed in werk	<i>positief</i> : wil stoppen + goed in werk	<i>negatief</i> : wil niet stoppen + problemen op werk	<i>positief</i> : wil stoppen + goed in werk
Reciprociteit		<i>positief</i> : levert bijdrage aan maatschappij door werk en aan sociaal netwerk + beweegt voldoende	<i>positief</i> : levert bijdrage aan maatschappij door werk en aan sociaal netwerk+ beweegt voldoende	<i>positief</i> : levert bijdrage aan maatschappij door werk en aan sociaal netwerk + beweegt voldoende	<i>positief</i> : levert bijdrage aan maatschappij door werk en aan sociaal netwerk + eet gezond
Onmacht		<i>positief</i> : chronische ziekte	<i>negatief</i> : kan nog genezen van ziekte	<i>positief</i> : chronische ziekte	<i>positief</i> : chronische ziekte
Behoeftigheid		<i>positief</i> : geen extra hulp	<i>positief</i> : geen extra hulp	<i>positief</i> : geen extra hulp	<i>negatief</i> : heeft extra hulp, dochter is verpleegster

8.6 Bijlage 6: Tabel opbouw vignettes

Nota: De benaming van positief of negatief in de tabel is gebaseerd hoe de solidariteitsgevoelens van de respondent jegens het fictieve personage uit de vignette wordt beïnvloed in navolging van Van Oorschot (2000; 2006a).

8.7 Bijlage 7: Vignettes

1. Roken

Hans is 42 jaar. Hij was veertien jaar oud toen hij voor het eerst een sigaret opstak. Sinds die ene sigaret is het aantal opgelopen en nu rookt Hans ongeveer 15 sigaretten per dag. Hans is zich er bewust van dat roken schadelijk is voor zijn gezondheid. Des ondanks neemt hij elke dag wel weer zijn pakje sigaretten mee als hij de deur uit gaat.

Vindt u dat Hans - omdat hij rookt - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Als Hans zijn omgeving wordt gevraagd wat voor persoon Hans is, zegt bijna iedereen: Een aardige kerel die altijd voor je klaar staat. Bij Hans staan vriendelijkheid en behulpzaamheid hoog in het vaandel en hij probeert mensen te helpen waarbij hij dat kan. Hans zou best willen stoppen met roken en heeft het ook al eens geprobeerd. Hij had echter onderschat hoe zwaar hij het ermee had waardoor hij al snel weer begon met roken. Deze keer wil hij het dan ook goed doen maar hij weet niet zo goed hoe hij het aan moet pakken.

Vindt u dat Hans - omdat hij rookt - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Hans woont samen met zijn vrouw en drie kinderen in een kleine stad. Alle kinderen zitten op dezelfde basisschool maar de oudste gaat volgend jaar naar het voortgezet onderwijs. Hans werkt als medewerker inkoop voor een groot concern en zit de hele week op het

kantoor. Veel van Hans zijn collega's roken ook en samen nemen ze dan ook af en toe een rookpauze. Hans heeft het idee dat dit de band onder zijn collega's versterkt en hij daardoor ook beter met ze samen kan werken. Naast zijn werk zit Hans bij de tennisclub in de buurt waar hij minstens twee keer per week te vinden is. Hij is actief lid en doet veel voor het organiseren voor de jeugd en heeft daar erg veel plezier in. Naast zijn tennismaten en collega's heeft Hans ook een uitgebreide vriendengroep die bestaat uit burens en vrienden waar hij erg veel waarde aan hecht. Hij doet dan ook zijn best om ze ten minste één keer in de drie weken te zien.

Vindt u dat Hans - omdat hij rookt - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

De laatste tijd ging het wat minder goed op de tennisclub. Hans had veel last van kortademigheid tijdens het spelen en ook steeds vaker had hij het benauwd zonder dat daar een duidelijke oorzaak voor was. Na een bezoek aan de dokter kwam de uitslag, Hans heeft een beginnende vorm van longemfyseem. Dit houdt in dat de longblaasjes van Hans beschadigd zijn en daardoor minder zuurstof op kunnen nemen. Roken wordt vaak aangeduid als oorzaak van longemfyseem. Longemfyseem is een chronische ziekte waardoor het nooit meer over gaat.

Vindt u dat Hans - omdat hij rookt - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Vindt u dat Hans - omdat hij rookt - een hogere eigen bijdrage voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

2. Alcohol

Janine is 50 jaar. Als Janine thuis komt uit na een lange dag trekt ze al gauw een fles wijn open en drinkt gedurende de avond een paar glazen. Hoewel ze sommige dagen meer drinkt dan andere dagen, drinkt ze gemiddeld vier glazen per dag. Janine haar huisarts heeft haar gewaarschuwd voor de gevolgen van overmatig alcohol gebruik dus Janine is op de hoogte van de eventuele gevolgen voor haar gezondheid.

Vindt u dat Janine - omdat ze drinkt - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Janine is erg geliefd op haar werk. Elke dag verschijnt ze vrolijk op haar werk en maakt met iedereen een praatje. Ze werkt hard en als iemand een probleem heeft kunnen ze altijd bij Janine terecht voor goede raad of een luisterend oor. Janine zou best minder willen gaan drinken maar geniet ook altijd wel erg van dat wijntje thuis. Dit maakt het moeilijk om te minderen vooral omdat er niemand is die haar tegenhoudt. Ze vindt het daardoor moeilijk

om zichzelf in te houden en weet ook niet zo goed hoe ze ervoor kan zorgen dat ze minder gaat drinken.

Vindt u dat Janine – door haar alcoholgebruik - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Janine woont alleen in een appartement met een kat. Ze werkt drie en een halve dag als tandartsassistente bij een grote praktijk en gaat elke dag op de fiets naar haar werk. Ze heeft twee zonen. Ze is gescheiden nadat de kinderen het huis uit zijn gegaan maar ze heeft nog steeds prima contact met haar ex-man. Haar zonen komen elke zondag bij haar eten en dan schuift haar ex-man ook regelmatig aan. Verder gaat ze sinds kort met de buurvrouw twee keer per week naar het zwembad om baantjes te trekken. Naast dat ze zo voldoende beweegt, vindt ze het ook gezellig om zo even bij te kletsen met de buurvrouw. Daarnaast volgt ze altijd een creatieve workshop, op dit moment is dat de workshop olieverven. En iedereen is altijd welkom voor een kop koffie om even bij te kletsen.

Vindt u dat Janine - door haar alcoholgebruik - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

Waarom?

Omdat Janine de laatste tijd veel last van een gevoelige lever had en het bij haar huisarts bekend was dat ze alcohol dronk, hebben ze haar lever getest. Het blijkt dat Janine last van leververvetting en een beginnend stadium van levercirrose heeft. Door het alcoholgebruik van Janine is er een ophoping van vet in de lever wat de levercellen beschadigt en uiteindelijk vernietigt. Deze vernietigde levercellen zijn vervangen door bindweefsel die de levercirrose veroorzaken. De leververvetting en cirrose kan genezen als Janine stopt met drinken.

Vindt u dat Janine - door haar alcoholgebruik - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Vindt u dat Janine - door haar alcoholgebruik - een hogere eigen bijdrage voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

3. Voeding

Joep is 36 jaar. Elke dag eet hij als lunch bij de snackbar naast zijn werk. Dit komt vaak neer op een patatje en een frikandel speciaal. Joep werkt nu acht jaar bij het bedrijf en is in die acht jaar aangekomen. Bij zijn laatste check bij de huisarts werd hem dan ook verteld dat hij overgewicht heeft. Joep is er zich van bewust dat dit schadelijk kan zijn voor zijn gezondheid.

Vindt u dat Joep - door zijn voedingspatroon - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

De laatste tijd heeft Joep wat problemen op zijn werk. Collega's hebben geklaagd dat vrij laks is en vaak laat reageert op problemen. Daarnaast is hij moeilijk te bereiken via de mail en zijn telefoon neemt hij ook vaak niet op. Tijdens een gesprek met zijn baas is Joep dan ook ernstig verzocht om iets meer initiatief te tonen op de werkvloer. Joep kan echt genieten van dat patatje en frikandel speciaal tussen de middag. Joep houdt wel van een vette hap en vindt die kleffe boterhammen tussen de middag maar niks. Hij kent de snackbar eigenaar inmiddels goed en komt er graag voor een praatje. Joep is absoluut niet van plan om deze momenten in te ruilen voor een kleffe boterham op het kantoor.

Vindt u dat Joep - door zijn voedingspatroon - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Joep werkt bij een groot reclamebureau in de ICT als systeem specialist. Joep en zijn vriendin hebben elkaar tijdens zijn studietijd ontmoet en zijn alweer een tijd bij elkaar. Hij woont samen met zijn vriendin in een klein huis en ze denken eraan om binnenkort een gezinnetje te stichten. Ze hebben ook een hond die Joep elke ochtend en avond uitlaat. Drie keer per week is hij te vinden op de voetbalclub om te trainen of een wedstrijd te spelen met zijn team. Joep is erg fanatiek en een graag geziene gast op de club. Joep en zijn vriendin hebben een paar hechte vrienden waar ze vaak mee afspreken en op vakantie gaan.

Vindt u dat Joep - door zijn voedingspatroon - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Joep had al een tijd erg veel dorst en was erg vermoeid. Daarnaast had Joep vaak last van oogklachten. Door zijn overgewicht is hij daarom getest op diabetes. Het blijkt dat Joep diabetes type 2 heeft, een chronische ziekte waarbij er te weinig insuline wordt aangemaakt

door het lichaam. Insuline is het hormoon dat de bloedsuikerspiegel regelt en door het tekort aan insuline blijft er teveel suiker in Joep zijn bloed zitten. Ongezonder eten wordt vaak als oorzaak aangeduid bij deze ziekte. Diabetes is chronisch en Joep zal daardoor niet meer genezen.

Vindt u dat Joep - door zijn voedingspatroon - een hogere premie voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waarom?

Vindt u dat Joep - door zijn voedingspatroon - een hogere eigen bijdrage voor zijn zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waarom?

4. Beweging

Marion is 62 jaar. Marion kan zich niet herinneren dat ze sporten ooit leuk heeft gevonden. Gym vond ze het meest verschrikkelijke uur in de week en fietsen vond ze ook vreselijk. Nu pakt ze het liefst de auto. Marion weet dat ze te weinig beweging krijgt en is zich ervan bewust dat dit schadelijk kan zijn voor haar gezondheid.

Vindt u dat Marion - door haar bewegingspatroon - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waarom?

Marion is niet onwillig om meer te gaan bewegen maar heeft een hekel aan sport. Ze ziet zichzelf dan ook niet een sport beoefenen. Haar fiets gebruikt ze nooit en ze zit ook vrij veel in de auto voor haar werk en dan is het wel zo handig om meteen langs de supermarkt te rijden. Ze maakt lange dagen en ploft uitgeput op de bank als ze eenmaal thuis is.

Vindt u dat Marion - door haar bewegingspatroon - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

Marion woont samen met haar man. Ze hebben één dochter die samenwoont met haar vriend. Ze is zelfstandig ondernemer en heeft daardoor geen collega's. Ze houdt van koken en maakt vooral gezond eten voor haar en haar man. Marion is fotografe en maakt foto's van landschappen voor vakantiefolders. Ze werkt in opdracht van een bedrijf maar werkt wel alleen. Het gebrek aan collega's maakt ze echter goed met een groot sociaal netwerk. Ze is erg hecht met haar familie en ziet deze regelmatig. Daarnaast spreekt ze veel af met andere fotografen om kennis te delen en doet ze regelmatig een cursus om vernieuwing in haar werk aan te brengen. Haar beste vriendin kent ze al sinds de middelbare school en ze zijn altijd erg hecht gebleven. Daarnaast kookt ze regelmatig voor andere bevriende stellen.

Vindt u dat Marion - door haar bewegingspatroon - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>		<u>niet</u>		<u>neutraal</u>		<u>wel</u>		<u>absoluut wel</u>	

Waarom?

De laatste tijd gaat het niet zo goed met Marion. Ze heeft steeds vaker pijn in haar borst en slaapt slecht. Ook is ze steeds vaker duizelig. Marion blijkt Agina Pectoris te hebben, of te wel hartkrampen. De hartkrampen worden veroorzaakt door een vernauwing van de

kransslagader door slagaderverkalking. Te weinig beweging wordt vaak als oorzaak aangeduid bij deze ziekte. Agina Pectoris is chronisch en er is dus geen kans op genezing. De dochter van Marion is verpleegster en komt regelmatig langs om haar moeder te helpen met de medicijnen en te controleren of het goed gaat. Zij zorgt ervoor dat ze de juiste dosis inneemt en gaat met haar mee op gesprek bij de dokter.

Vindt u dat Marion - door haar bewegingspatroon - een hogere premie voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

<u>absoluut niet</u>	<u>niet</u>	<u>neutraal</u>	<u>wel</u>	<u>absoluut wel</u>

Waarom?

Vindt u dat Marion - door haar bewegingspatroon - een hogere eigen bijdrage voor haar zorgverzekering zou moeten betalen?

Waarom?

8.8 Bijlage 8: Codeboom

- Persoonlijke kernmerken respondenten
- Risicogedrag
 - Eigen verantwoordelijkheid
 - Maatschappelijke acceptatie
 - Bewuste inname middelen
 - Schade aan derden
 - Mate van schadelijkheid
- Criterium identiteit
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
- Vignette roken
 - Identiteit
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
 - Houding
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Goede bedoelingen
 - Extra hulp aanbieden
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Extra kosten
 - Geen invloed op solidariteit
 - Onmacht
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Kosten door risicogedrag
 - Stok achter de deur
 - Geen invloed op solidariteit

- Verantwoordelijkheid risicogedrag
 - Eigen verantwoordelijkheid
 - Huisarts
 - Omgeving
 - Werkgever
- Behoeftigheid
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
- Vignette alcoholgebruik
 - Identiteit
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
 - Houding
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Goede bedoelingen
 - Extra hulp aanbieden
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Extra kosten
 - Geen invloed op solidariteit
 - Onmacht
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Kosten door risicogedrag
 - Stok achter de deur
 - Geen invloed op solidariteit
 - Verantwoordelijkheid risicogedrag
 - Eigen verantwoordelijkheid
 - Huisarts
 - Omgeving

- Werkgever
- Behoefteigheid
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
- Vignette ongezonde voeding
 - Identiteit
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
 - Houding
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Goede bedoelingen
 - Extra hulp aanbieden
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Extra kosten
 - Geen invloed op solidariteit
 - Onmacht
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Kosten door risicogedrag
 - Stok achter de deur
 - Geen invloed op solidariteit
 - Verantwoordelijkheid risicogedrag
 - Eigen verantwoordelijkheid
 - Huisarts
 - Omgeving
 - Werkgever
 - Behoefteigheid
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit

- Geen invloed op solidariteit
- Vignette te weinig beweging
 - Identiteit
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
 - Houding
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Goede bedoelingen
 - Extra hulp aanbieden
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Extra kosten
 - Geen invloed op solidariteit
 - Onmacht
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Kosten door risicogedrag
 - Stok achter de deur
 - Geen invloed op solidariteit
 - Verantwoordelijkheid risicogedrag
 - Eigen verantwoordelijkheid
 - Huisarts
 - Omgeving
 - Werkgever
 - Behoefte
 - Positieve invloed op solidariteit
 - Negatieve invloed op solidariteit
 - Geen invloed op solidariteit
- Voorkeuren betalingsmethode
 - Geen voorkeur
 - Niet betalen

- Sowieso betalen
- Premie
- Eigen bijdrage