

# Sociaal kapitaal en gezondheid: een overzicht van de recente onderzoeksliteratuur

*Bert Morrens*

## 1. Inleiding

Sociaal kapitaal is sinds ongeveer twee decennia een bijzonder populair thema binnen de sociale wetenschappen, met toepassingen in een eindeloos aantal onderzoeksdomeinen gaande van economische ontwikkeling en politiek beleid tot crimineel gedrag en armoedebestrijding. In geen van deze domeinen is het belang van sociaal kapitaal echter zo rijk gedocumenteerd als in verband met gezondheid en welbevinden. Het is dit verband dat het onderwerp vormt van dit artikel.

De basisstelling is dat sociale relaties en vertrouwen tussen mensen een positieve invloed hebben op de gezondheid. Sociale isolatie, deprivatie, desintegratie en desorganisatie zorgen voor een verhoogde morbiditeit en zelfs mortaliteit. Ondanks (of juist dankzij) deze eenvoudige premisse bestaat er onder wetenschappers weinig consensus over de inhoudelijke invulling hiervan. Visies en meningen zijn uiteenlopend en vaak controversieel, empirische studies zijn versnipperd over verschillende vakgebieden en theoretische constructies zijn beperkt, zowel in draagkracht als in draagwijdte. Dit artikel onderneemt daarom een poging meer duidelijkheid te brengen in het debat rond sociaal kapitaal en gezondheid door de beschikbare onderzoeksliteratuur zo helder mogelijk in kaart te brengen. Het artikel tracht een aantal puzzelstukken samen te brengen zodat de lezer een beter beeld krijgt van de complexiteit van het ogenschijnlijk eenvoudige verband tussen sociaal kapitaal en gezondheid.

Hoewel de recente literatuur de centrale focus vormt, is er in dit overzicht ook ruime aandacht voor de vroegere wetenschappelijke literatuur waarop het huidige debat is gebaseerd. Dit artikel is opgebouwd rond één van de belangrijkste discussiepunten in de literatuur, namelijk het aggregatieniveau waarop so-

ciaal kapitaal een invloed heeft op de gezondheid. Is sociaal kapitaal een collectieve hulpbron van een gemeenschap met een indirect en contextueel effect op de gezondheid, of is het een individuele hulpbron met een eerder psychosociale invloed? Deze theoretische vraag, met belangrijke empirische implicaties (op welk niveau dient sociaal kapitaal te worden gemeten?), staat centraal in dit artikel.

We starten in de volgende paragraaf met een beknopte omschrijving van het concept sociaal kapitaal. Vervolgens maken we de link met gezondheid. De derde paragraaf richt zich eerst op het verleden en gaat op zoek naar vroegere sporen van aandacht voor sociale determinanten van gezondheid. Het verband tussen sociaal kapitaal en gezondheid kent immers een lange voorgeschiedenis zodat een juiste oriëntatie van belang is. In vogelvlucht bekijken we onder andere het anomiebegrip bij Durkheim, het ontstaan van de sociale epidemiologie en de opkomst van mortaliteitsstudies en sociaal-economische gezondheidsverschillen. De vaststelling dat ook de inkomensongelijkheid een invloed heeft op gezondheid verruimt de aandacht vervolgens naar de macro-context. Deze invloed zou worden gemedieerd door sociaal kapitaal. In paragraaf 4 vergelijken we twee verschillende benaderingen van sociaal kapitaal in verband met gezondheid: de collectieve benadering die sociaal kapitaal bestudeert op macro-niveau, en de individuele benadering op micro-niveau. We zullen zien dat beide benaderingen een andere invloed op de gezondheid veronderstellen. Recente studies die beide benaderingen proberen te combineren, komen eveneens in paragraaf 4 aan bod. Paragraaf 5 is vervolgens gereserveerd voor enkele belangrijke kritieken op het verband tussen sociaal kapitaal en gezondheid. Een laatste paragraaf concludeert het geheel en presenteert kort enkele voorstellen voor toekomstig empirisch onderzoek en beleid.

## 2. Het concept sociaal kapitaal: netwerken en normen

Over sociaal kapitaal is in twee decennia tijd al heel wat geschreven in verschillende academische domeinen. Men slaagt er echter niet in sociaal kapitaal nauwkeurig en eenvormig te omschrijven. Een sluier van onduidelijkheid bedekt nog steeds grote delen van het concept. Zeer algemeen bestaat sociaal kapitaal uit de mogelijkheden van actoren om voordelen te verkrijgen door het lidmaatschap aan netwerken en sociale structuren (Portes 1998). Sociaal kapitaal stelt mensen zo in staat informatie te delen, sociale steun te geven en te ontvangen, en samen te werken om doelen te bereiken die in isolatie niet mogelijk zijn. Dit is het 'sociale' deel van sociaal kapitaal. Het 'kapitaal' duidt aan dat investeringen nodig zijn om deze voordelen te verkrijgen, dat de omvang ervan kan toe- of afnemen en dat het tot zekere hoogte cumuleerbaar is, naar analogie met financieel, fysiek of menselijk kapitaal. De populariteit van

sociaal kapitaal kan dan ook deels worden toegeschreven aan de potentiële link die het kan maken tussen enerzijds sociologie en economie en anderzijds tussen sociale structuren op macro-niveau en individueel gedrag op micro-niveau.

De theorievorming rond sociaal kapitaal kent drie belangrijke grondleggers: Pierre Bourdieu, James Coleman en Robert Putnam. Voor literatuuroverzichten hieromtrent zie onder andere Field 2003; Lin 2001; Portes 1998. Het werk van de Amerikaanse politicoloog Robert Putnam heeft tot dusver de meeste invloed gehad op de conceptualisering en operationalisering van sociaal kapitaal, door hem gedefinieerd als: *“features of social organizations, such as networks, norms, and trust, that facilitate action and cooperation for mutual benefit”* (1993, 167). Putnam stelt sociaal kapitaal gelijk met het niveau van ‘burgerzin’ in gemeenschappen, steden en zelfs staten. Hij werd wereldwijd bekend door zijn studie *‘Bowling Alone, the collapse and revival of American community’* (2000) waarin hij melding maakt van een opmerkelijke afname van sociaal kapitaal in Amerika sinds 1940.

Zoals de definitie van Putnam (1993) toont, bestaat sociaal kapitaal uit twee essentiële componenten: een structurele component, de meer ‘zichtbare’ onderdelen van de sociale organisatie zoals sociale relaties en netwerken, en een meer cognitieve component, bestaande uit een aantal normen, waarden en attitudes zoals vertrouwen en wederkerigheid. Hoewel vandaag wordt erkend dat structureel en cognitief sociaal kapitaal complementair zijn (Islam e.a. 2006) ligt het verschil tussen beide aan de basis voor het ontstaan van twee aparte, maar niet geheel tegengestelde, benaderingen van sociaal kapitaal in de literatuur (Stolle 2000; Macinko & Starfield 2001). Enerzijds een eerder netwerkgeoriënteerde benadering waarbij sociaal kapitaal, gebaseerd op de theorieën van o.a. Coleman (1990) en Bourdieu (1986; 1992), bestaat uit allerlei interactievormen en netwerken die collectief handelen vergemakkelijken. Sociaal kapitaal is hier vooral een hulpbron op het individuele niveau. Anderzijds is er een meer attitudinale benadering die, zoals Putnam (1993; 2000), nadruk legt op de veralgemening van normen zoals vertrouwen en wederkerigheid. Netwerken staan hier meer in relatie tot de politieke cultuur, waardoor sociaal kapitaal een hulpbron op collectieve niveau wordt. In wat volgt zullen we zien hoe deze benaderingen worden toegepast in relatie tot gezondheid.

### 3. Het concept gezondheid: aandacht voor een (steeds ruimere) sociale dimensie

Vanaf het midden van de twintigste eeuw wordt aan gezondheid – naast een lichamelijke en een geestelijke dimensie – ook de sociale omgeving als derde

dimensie toegevoegd. Zo definieert de Wereldgezondheidsorganisatie sinds 1946 gezondheid als een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet enkel als de afwezigheid van ziekten of kwetsuren. De groeiende aandacht voor steeds ruimere sociale determinanten van gezondheid bracht vanaf die periode reeds elementen van sociaal kapitaal in verband met gezondheid. Deze paragraaf beschrijft de voorgeschiedenis van dit verband.

### 3.1 Durkheim als voorloper

De Franse socioloog Emile Durkheim wordt in de literatuur met consensus beschouwd als de eerste onderzoeker die de relatie tussen sociale netwerken en gezondheid op een empirische manier aantoonde (Kawachi e.a. 1996; Berkman 2000 e.a.; Field 2003). In zijn bekende studie *Le Suïcide* uit 1897 komt Durkheim (1969) namelijk tot de conclusie dat zelfmoord niet een psychologische maar eerder een sociale grondslag heeft. Vooral de anomische zelfmoord, veroorzaakt door een gebrek aan groepsintegratie, is in deze context van belang. Anomische zelfmoorden vinden we vaak terug tijdens grote politieke en economische crisissen of in tijden van snelle sociale verandering. Het is echter niet het verpauperende effect van een crisis dat mensen tot meer zelfmoord drijft. Een periode van snelle vooruitgang of economische voorspoed kan immers tot hetzelfde resultaat leiden. Wat wel bepalend is, is de ‘verstoring van de openbare orde’ (Durkheim 1969). Hierdoor daalt de sociale controle in de samenleving en kunnen waarden en normen vervagen. Durkheim merkt op dat de gesocialiseerde mens fundament, doel en reden van bestaan verliest telkens een samenleving in ontbinding raakt. Hij deelt niet meer in het hoger bestaan van de samenleving en valt op zichzelf terug. Dit zorgt voor een toestand van anomie, van normatieve ontregeling. Aan de hand van empirisch onderzoek stelt Durkheim (1969) vast dat anomie bij de mens de drempel om zich van het leven te beroven, verkleint.

Durkheims aandacht voor de sociale omgeving in *Le suïcide* vond initieel echter weinig weergang in de medische wereld. Dit komt voornamelijk omdat – naast het feit dat Durkheims conclusies niet generaliseerbaar waren naar mortaliteit en morbiditeit als gevolg van andere oorzaken – de medische wereld aan het begin van de twintigste eeuw een ander paradigma aanhield. Durkheim leefde in een tijd waar acute infectieziekten de belangrijkste doodsoorzaken waren. De bacteriologie ontdekte dat bacteriën moeten worden beschouwd als noodzakelijke en specifieke oorzaken van deze ziekten (Kunitz 2002). *Noodzakelijk* omdat zonder bacterie (bv.: de tuberculose bacterie) de ziekte (tuberculose) niet zou voorkomen en *specifiek* omdat elke ziekte een unieke oorzaak (bacterie) heeft die niet kan overgaan in een andere. Maar vanaf ongeveer het midden van de twintigste eeuw beginnen chronische en

degeneratieve ziekten zoals kanker, hart- en vaatziekten (en later ook AIDS) de plaats in te nemen van de infectieziekten als belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit. Deze ziekten ontstonden niet langer door de infectie van één bepaald virus. Men onderschreef eerder een aantal risicofactoren, zowel fysieke als sociale, die in verschillende mate een invloed hebben op de ziekten van de moderne tijd. In deze periode ontwikkelt zich een nieuwe wetenschappelijke discipline, de sociale epidemiologie, die de sociale omgeving (naast maar niet onafhankelijk van de fysieke omgeving) bestudeert in relatie tot het optreden van ziekten.

### 3.2 Sociale netwerken: aandacht voor sociale steun

Vanaf de jaren 1960 beginnen sociaal epidemiologen hun aandacht specifiek op sociale netwerken en relaties te richten om een aantal nieuwe en zorgwekkende gezondheidsproblemen (voornamelijk hartziekten) beter te begrijpen. Sociale relaties krijgen de rol toebedeeld van moderator of buffer van de potentieel schadelijke gezondheidseffecten van psychosociale stress of andere gezondheidsrisico's (House 1988). Het mechanisme dat deze buffer mogelijk maakt, is dat van de sociale steun. Dit concept kwam oorspronkelijk uit de mentale gezondheidsliteratuur, maar werd later ook bestudeerd in relatie tot fysieke gezondheid. Zo besloot Cassel (1976) na meer dan 30 studies bij mensen en dieren dat sociale relaties de gezondheid beschermen dankzij de sociale ondersteuning die ze bieden.

In deze nieuwe discipline op het snijvlak tussen sociologie en geneeskunde tekenden zich in deze periode verschillende onderzoeksstromingen af. Enerzijds ontstonden er kwantitatieve en prospectieve sociaal-wetenschappelijke studies die het verband onderzochten tussen sociale relaties en mortaliteit, anderzijds ontstonden er klinische experimenten die het verband onderzochten tussen menselijk contact en bepaalde gezondheidsklachten.

De meest invloedrijke studie uit de eerste stroming is die van Berkman & Syme (1979) die in 1965 een enquête afnamen bij 4725 volwassenen tussen 30 en 69 jaar in *Alameda County* in Californië. De enquête peilde naar de aan- of afwezigheid van vier types sociale banden: contact met familie of vrienden, burgerlijke stand, lidmaatschap van de kerk en lidmaatschap van een andere formele of informele organisatie. Berkman en Syme vergeleken deze data 9 jaar later met de mortaliteitscijfers van de respondenten en concludeerden dat elk type sociale relaties een predictor van mortaliteit vormt, wat wil zeggen dat respondenten met elk type sociale relaties een lagere mortaliteit hebben dan zij die deze sociale banden missen. Om het gecumuleerde effect van deze sociale relaties zichtbaar te maken, creëerden Berkman en Syme ook een 'sociale netwerkindex'. Mannen die laag scoren op deze index hebben 2,3 keer meer kans om (in dezelfde periode) te sterven dan mannen die hoog scoren op de index.

Voor vrouwen is dit zelfs 2,8 keer. Dit gebeurt onafhankelijk van de fysieke gezondheid van de respondenten in 1965, hun sociaal economische status, ras, levenstevredenheid en gebruik van preventieve gezondheidsdiensten.

Een andere belangrijke mortaliteitsstudie die steunt op de sociale netwerktheorie is de zogenaamde 'Roseto-studie' van Stout (e.a.) uit 1964. Zij registreerden gedurende de jaren '40 en '50 de mortaliteit ten gevolge van hartaanvallen in Roseto, een klein Amerikaans dorpje ten oosten van Pennsylvania, met hoofdzakelijk Italiaanse immigranten. Deze cijfers vergeleken ze met die in een naburig dorp, Bangor, dat over eenzelfde klimaat, medische dienstverlening en drinkwatertoevoer beschikte en eenzelfde patroon vertoonde wat betreft rookgedrag, vetrijke voeding en gebrek aan lichaamsbeweging. Ze stelden vast dat de inwoners van Roseto tot 50% minder kans hadden om te sterven aan een hartaanval dan de inwoners van Bangor. Ter verklaring voor dit fenomeen – later bekend als het *Roseto-effect* – wijzen de auteurs op de hogere sociale cohesie in Roseto, dat zich weerspiegelt in hechte sociale relaties, veel familiale en religieuze tradities, intra-etnische huwelijken en een sterk gemeenschapsgevoel (Egolf e.a. 1992).

Een tweede 'stroming' die in de jaren '70 en '80 het onderzoek binnen de sociale netwerktheorie domineerde, bestaat uit een reeks klinische laboratorium-experimenten, uitgevoerd bij dieren en mensen. Hieruit blijkt dat variaties in de blootstelling aan sociaal contact psychologische en fysiologische effecten kan teweeg brengen die – indien ze langdurig aanhouden – ernstige morbiditeit en zelfs mortaliteit kunnen veroorzaken (Bowlby 1969).

Zo poneert James Lynch in zijn boek *'The broken heart'* (1979) de centrale stelling dat gebrek aan menselijk contact, het plotse verlies van een geliefde of chronische sociale isolatie een specifieke bijdrage levert aan de vorming van ziekten, in het bijzonder cardiovasculaire ziekten. Oorspronkelijk baseerde Lynch zich op reeds bestaande Amerikaanse statistieken waaruit bleek dat de mortaliteitsgraad door hartziekten bij gescheiden mensen, alleenstaanden en weduwen twee tot vijf keer hoger lag dan bij getrouwde mensen van dezelfde leeftijd. Hij zag in deze vaststellingen de bevestiging dat eenzaamheid en isolatie letterlijk ons hart kan breken. Onderzoek toonde aan dat de aanwezigheid van of het fysiek contact met een andere persoon de menselijke cardiovasculaire activiteit kan moduleren, in het bijzonder in stressvolle contexten. Lynch (1979) zag dat patiënten (soms zelfs in comateuze toestand) een lagere hartslag kregen, en dus rustiger werden, telkens er contact was met anderen. Lynch wil met zijn studie, naar eigen zeggen, een pleidooi houden om in de medische wetenschappen het gebrek aan sociale relaties even ernstig als risicofactor voor hartziekten te nemen dan een hoge cholesterol of bloeddruk.

### 3.3 Sociale stratificatie: aandacht voor sociale status

De aandacht voor de sociale omgeving maakte in de jaren '70, '80 en '90 – naast sociale netwerken – ook het verband tussen een aantal sociaal-economische factoren en gezondheid zichtbaar. Deze factoren worden meestal weergegeven door de sociaal economische status (SES), traditioneel gemeten aan de hand van drie indicatoren: inkomen, scholingsgraad en beroep, die elk een aparte, maar deels overlappende relatie met gezondheid hebben. Veelvuldig onderzoek (o.a. Townsend 1982) toont in grote lijnen steeds hetzelfde resultaat: mensen met een lage SES hebben een hogere graad van morbiditeit en mortaliteit, bijvoorbeeld een hogere prevalentie van chronische respiratoire aandoeningen, hart- en vaatzieken, reumatische klachten en suikerziekte, een grotere aanwezigheid van lichamelijke beperkingen, en een lagere levensverwachting (voor een overzicht zie o.a. Marmot & Wilkinson, 2001). Ter verklaring van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen worden drie soorten intermediaire factoren naar voor geschoven (Townsend e.a. 1988): mensen met lage SES vertonen meer gezondheidsschadelijk gedrag en consumeren minder preventieve en curatieve gezondheidszorg (gedragsfactoren), leven in minder gezonde woon- en werkomstandigheden (structurele factoren), hetgeen resulteert in meer chronische en acute stress en een grotere negatieve impact van deze stress op het psychosociaal functioneren (psychosociale factoren).

### 3.4 Inkomensongelijkheid: aandacht voor sociale cohesie

Wat tot hertoe in de studies over sociale netwerken en gezondheid ontbreekt, is de bredere sociale context waarin mensen leven. De voorgaande studies bekijken gezondheid en mortaliteit namelijk steeds op het microniveau, als gevolg van een individueel gebrek aan sociale relaties en sociaal-economische status. Hierdoor verwaarloost de epidemiologie echter de mogelijkheid dat ook gehele samenlevingen een gebrek aan sociale relaties kunnen hebben (Kawachi & Kennedy 1997), en biedt het geen verklaring voor situaties die vanaf begin jaren '90 steeds meer voorkomen en waarbij mensen met hechte en uitgebreide netwerken toch een slechtere gezondheid hebben of tot minder adaptief gezondheidsgedrag komen, bijvoorbeeld bij de overdracht van AIDS, bij overmatig drugs- en alcoholgebruik of bij een verminderde prenatale zorg (Berkman e.a. 2000). Het is dus belangrijk ook de ruimere maatschappelijke context waarin sociale relaties zijn ingebed, te onderzoeken. De Britse epidemioloog Richard Wilkinson was de eerste die één van deze macrofactoren, namelijk de inkomensongelijkheid, in verband bracht met gezondheid.

Wilkinson (1996) ziet gezondheid als een sociaal product dat sterk maatschappelijk is gerelateerd. Willen we ziekten en gezondheid echt begrijpen, dan is het van belang sociale determinanten te hanteren die de gehele samenleving

omvatten en niet enkel individuen. Hij bevindt zich met deze stelling helemaal op het macroniveau, duidelijk in het spoor van Durkheim. Het inkomen vormt het centrale thema bij Wilkinson. Zo constateerde hij dat in een groot aantal westerse landen niet het bruto binnenlands product per capita (BBPpc), maar wel de relatieve inkomensverdeling sterk correleert met levensverwachting. Hoe meer egalitair de inkomens van een land verdeeld zijn, en dus niet hoe rijker een land is, hoe langer en gezonder de mensen leven (Wilkinson 1992).

Een mogelijke verklaring voor deze hypothese – later in de literatuur bekend als de relatieve inkomenshypothese – ziet Wilkinson (1996) in de omkering van de sociale distributie van een aantal ‘welvaartsziekten’ tijdens de epidemiologische transitie (de overgang van infectieziekten naar chronische en degeneratieve ziekten als belangrijkste doodsoorzaken in de westerse wereld gedurende de twintigste eeuw). Deze ziekten typeren vanaf dan niet meer de rijkere klassen, maar de armen in de rijkere samenlevingen. Het meest treffend voorbeeld hiervan is obesitas. Doorheen de menselijke geschiedenis waren rijken steeds dik en armen mager. De verandering in sociale distributie van obesitas markeerde het stadium in welvaartsontwikkeling waar de overgrote meerderheid van de bevolking toegang kreeg tot de basisvoorzieningen, waaronder voedsel. Hierdoor kwam zwaarlijvigheid steeds meer voor bij de onderlaag van de bevolking, bijvoorbeeld omdat zij meer suiker en vet aten, en kon het niet langer functioneren als sociaal statussymbool. Vanaf het midden van de twintigste eeuw werd het daarom voor het eerst in de geschiedenis meer wenselijk om slank te zijn.

De vaststelling is dus dat er een bepaald niveau van economische ontwikkeling bestaat waarboven extra verbeteringen in de materiële levensstandaard niet leiden tot extra verbeteringen in de gezondheid (Wilkinson 1997). Dit verklaart waarom het verband tussen BBPpc en levensverwachting in westerse landen zo laag is en waarom Wilkinson dus geen belang hecht aan het absolute maar wel aan het relatieve inkomen.

Maar wat is nu de link tussen inkomensongelijkheid en levensverwachting? Waarom zijn met andere woorden egalitaire samenlevingen dan juist gezonder? Volgens Wilkinson (1996) is dit omdat ze meer sociale cohesie bevatten. Hierdoor is de publieke sfeer ingebed in het sociale leven en niet overgeleverd aan de negatieve marktrelaties tussen mensen die enkel eigenbelang nastreven. Een gelijke inkomensverdeling maakt mensen meer verbonden met het publieke leven door een brede waaier aan sociale organisaties en activiteiten. Hierdoor ontstaat een sterker gemeenschapsgevoel en komt men sneller tot samenwerking en sociaal vertrouwen. Een ongelijke inkomensverdeling brengt schade toe aan deze sociale cohesie, aan wat Wilkinson (1997) ook wel het ‘sociale weefsel’ noemt. Een grote kloof tussen arm en rijk zorgt bijvoorbeeld voor een slechtere integratie in netwerken van sociale relaties (armoede als sociale exclusie) en voor een slechtere integratie in het economische leven



(meer werkloosheid en onzekerheid). Dit sociale weefsel beïnvloedt de gezondheid langs een aantal psychosociale en materiële factoren. Hoewel Wilkinson (1996) erkent dat het pervers zou zijn de exclusief materiële factoren te negeren die tot slechtere gezondheid leiden, wijst hij er duidelijk op dat – in onze westerse wereld – de psychosociale factoren van groter belang zijn. Niet zozeer het reële verlies van inkomen of de lucht-, water- of voedselvergiftiging ten gevolge van slechte huisvesting zijn schadelijk voor de gezondheid, dan wel het gevoel van depressie, bedrog, onrechtvaardigheid, wanhoop, kwetsbaarheid, angst, woede, hulpeloosheid, isolatie ten gevolge van de sociale positie, financiële schulden of werkloosheid. Deze sociale gevoelens schaden de gezondheid door de chronische stress die ze veroorzaken, hetzij rechtstreeks door de fysiologische aantasting van het immuuniteitsstelsel, hetzij onrechtstreeks door het schadelijk gedrag dat eruit voortvloeit (Wilkinson 1996).

#### **4. Sociaal kapitaal en gezondheid: een individueel of een collectief verband?**

Sinds de publicatie van de relatieve inkomenshypothese van Wilkinson (1992) werd sociaal kapitaal doorheen de jaren empirisch in verband gebracht met een lagere mortaliteit (Kawachi e.a. 1997, Kennedy e.a. 1998), een betere subjectieve gezondheid (Kawachi e.a. 1999, Rose 2000), en een lagere prevalentie van verschillende specifieke aandoeningen zoals hartziekten (Orth-Gomer, 1993), HIV (Campbell e.a. 2002) en depressie (Lin e.a. 1999).

Ondanks veelvuldig onderzoek is er echter nog steeds aanzienlijke onenigheid over de vraag of de gezondheidsvoordelen van sociaal kapitaal enkel op het individuele of ook op het collectieve niveau spelen (Kawachi e.a. 2004; Islam e.a. 2006)? Zijn de voordelen het gevolg van de sociale relaties en steun tussen mensen onderling, of zijn ze het gevolg van de sociale structuur van een bepaalde gemeenschap? Kan, om een voorbeeld te gebruiken, een sociaal geïsoleerde, bejaarde weduwe toch nog (gezondheids)voordeel halen uit het feit dat ze in een buurt woont met een sterk gemeenschapsgevoel, of kan er omwille van haar persoonlijk gebrek aan sociale relaties geen invloed uit haar sociale omgeving komen?

Onenigheid over dit punt leidde zowel in het theoretische als in het empirische gezondheidsonderzoek tot twee aparte opvattingen over de invloed van sociaal kapitaal: een collectieve benadering die een contextuele invloed van een gemeenschap op de gezondheid verwacht, en een individuele benadering die enkel aandacht heeft voor de persoonlijke compositie van relaties en netwerken binnen een gemeenschap (Kawachi e.a. 2004; Poortiga 2006). Recent werd

dit debat uitgebreid met multilevel studies die beide strekkingen combineren en concluderen dat vooral de individuele dimensie van belang is.

#### 4.1 De collectieve benadering

Verschillende ecologische studies (Kawachi e.a. 1997, 1999; Kennedy e.a. 1997) gebruiken – net zoals Wilkinson – de theorie van Putnam om sociaal kapitaal te conceptualiseren en te operationaliseren. Sociaal kapitaal is een publiek goed, bestaande uit sociale netwerken en normen zoals vertrouwen en wederkerigheid die een gemeenschap al dan niet kan bezitten. De voordelen die eruit ontstaan zijn voor iedereen uit de desbetreffende gemeenschap beschikbaar en de toegang ertoe kan niet worden gelimiteerd.

De eerste studie die sociaal kapitaal empirisch invoegt tussen inkomensongelijkheid en mortaliteit is die van Kawachi (e.a. 1997). Sociaal kapitaal wordt in een enquête geoperationaliseerd door twee indicatoren: burgerengagement (het aantal vrijwillige organisaties waar men lid van is) en sociaal vertrouwen (mate van gepercipieerde eerlijkheid en sociaal wantrouwen tussen mensen), en geaggregeerd naar het niveau van de Amerikaanse staten. Deze stock aan sociaal kapitaal wordt vervolgens bestudeerd in relatie tot de inkomensongelijkheid en de mortaliteitsgraad per staat. Kawachi (e.a.) ontdekt enerzijds een sterk verband tussen inkomensongelijkheid en sociaal kapitaal, en anderzijds tussen sociaal kapitaal en mortaliteit, zelfs na controle van socio-demografische verschillen. Een padanalyse toont aan dat het primaire effect van inkomensongelijkheid op mortaliteit wordt gemedieerd door sociaal kapitaal. Twee jaar later toont een soortgelijke studie van Kawachi (e.a. 1999) dat inwoners van Amerikaanse staten met weinig sociaal kapitaal bijna anderhalf keer meer melden een slechte gezondheid te hebben dan inwoners van staten met veel sociaal kapitaal. Kawachi (e.a. 1997) verwijst naar de term concentratie-effecten van Wilson (1987) om aan te tonen dat wonen in een gemeenschap rijk aan sociaal kapitaal een effect kan hebben op de gezondheid, ongeacht de stock aan individuele hulpmiddelen.

Ook buiten de Verenigde Staten van Amerika is de invloed van sociaal kapitaal op gezondheid onderzocht, bijvoorbeeld in Rusland. De val van de Sovjet Unie in 1989 zorgde voor een enorme ontwrichting van het sociale, economische en politieke leven, wat tussen 1989 en 1994 leidde tot een opvallend hogere mortaliteitsgraad en een lagere levensverwachting, de zogenaamde ‘Russische mortaliteitscrisis’ (Rose 1995). Kennedy (e.a. 1998) gebruikte maatstaven van sociaal kapitaal om deze crisis te verklaren, namelijk burgerlijk engagement (stemgedrag bij verkiezingen), burgerlijk vertrouwen (in lokale en nationale overheden) en sociale cohesie (relaties op de werkplaats, percentage echtscheidingen en criminaliteit) en aggregeerden deze tot het nationale niveau als indicatoren van sociaal kapitaal. Regressieanalyses toonden sterke associaties

tussen sociaal kapitaal en mortaliteit. Correlaties tussen burgerlijk vertrouwen en mortaliteit waren echter enkel significant voor plaatselijke overheden en niet voor nationale. Dit wijst op een meer lokaal effect van sociaal kapitaal waarbij ervaringen uit de nabije sociale context meer effect hebben op de gezondheid dan de algemene sociale context of de nationale economie (Kennedy e.a. 1998).

#### 4.2 De individuele benadering

Een tweede, beperktere stroming in de onderzoeksliteratuur verlaat de collectieve aanpak en beweert dat sociaal kapitaal – althans voor een deel – het kenmerk is van individuen. Deze benadering wil via meer lokale en kleinschalige studies de individuele effecten van sociaal kapitaal op de gezondheid bestuderen.

Zo onderzoekt Veenstra (e.a. 2005) het verband tussen individueel sociaal kapitaal en gezondheid in de Canadese stad Hamilton. Hij vindt een zwak significante associatie tussen subjectieve gezondheid en participatie aan vrijwillige organisaties (als enige indicator van sociaal kapitaal), na controle van leeftijd en geslacht. Dit komt, aldus Veenstra (e.a. 2005) doordat sociale netwerken zorgen voor emotionele steun en gezondheidsbevorderend gedrag. Opvallend is echter dat de relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid niet afhankelijk is van de buurt waar men woont. Dit wil zeggen dat de aspecten van sociale netwerken die de gezondheid ten goede komen niet zijn ingebed in de lokale context van de buurt waar men woont.

In tegenstelling tot Veenstra vinden Hyyppä & Mäki (2001) wel een sterk verband tussen individueel sociaal kapitaal en gezondheid. Vanuit de vaststelling dat in een bepaalde regio in Finland de Zweedse gemeenschap een lagere mortaliteit kent dan de Finse, hoewel beide gemeenschappen in dezelfde ecologische en socio-economische omstandigheden leven, onderzoeken Hyyppä & Mäki of individuen uit de Zweedse gemeenschap over meer sociaal kapitaal beschikken dan de Finnen en of er een verband is met de subjectieve gezondheid. Net zoals bij Veenstra (e.a. 2005) bekijken ze sociaal kapitaal als een kenmerk van individuen, bestaande uit gevoelens van vertrouwen in anderen, netwerken van vrienden en lidmaatschap aan vrijwillige organisaties, dat via psychologische stressreductie de individuele gezondheid zou beïnvloeden. Ze concluderen dat de drie indicatoren van sociaal kapitaal steeds sterker aanwezig zijn bij de Zweedse dan bij de Finse gemeenschap, maar dat enkel vertrouwen en het netwerk van vrienden correleren met gezondheid. Participatie aan vrijwillige organisaties heeft geen relatie met gezondheid.

### 4.3 Invloed op de gezondheid: compositie of context?

De wegen waarlangs sociaal kapitaal de gezondheid kan beïnvloeden, zijn vanzelfsprekend afhankelijk van het aggregatieniveau waarop sociaal kapitaal wordt gemeten. Studies die een individuele benadering volgen, bekijken de invloed van sociaal kapitaal op de gezondheid als een compositie effect. Het is mogelijk dat meer sociaal geïsoleerde mensen leven in gemeenschappen met een lage stock aan sociaal kapitaal en dat – daar de relatie tussen sociale isolatie en gezondheid reeds is aangetoond – deze gemeenschappen daardoor een slechtere geaggregeerde gezondheid hebben. Sociaal kapitaal heeft dan een direct compositie effect op de individuele gezondheid, bijvoorbeeld door de stressreductie van psychosociale steun. Volgens studies die een collectieve benadering volgen, is het daarentegen ook mogelijk dat gemeenschappen met een grote stock aan sociaal kapitaal een invloed hebben op de gezondheid langst andere, meer indirecte en contextuele wegen dan de netwerken en de sociale steun. Bijvoorbeeld door effecten op de sociale, economische en politieke omgevingsfactoren die op hun beurt functioneren als determinanten van publieke gezondheid. Sociaal kapitaal kan het gezondheidsgedrag van buurtbewoners beïnvloeden, bijvoorbeeld door een snellere verspreiding van gezondheidsinformatie, door een verhoogde kans op adaptatie van gezond gedrag en daarmee samenhangend door een verhoogde sociale controle op deviant gedrag. Sociaal kapitaal kan de gezondheid ook beïnvloeden doordat het voorziet in een vlottere toegang tot lokale diensten en voorzieningen (Kawachi e.a. 1999).

Deze verschillende gezondheidseffecten houden niet enkel verband met de verschillende aggregatieniveaus, maar ook met de verschillende vormen van sociaal kapitaal (Ferlander 2007). Om gebruik te kunnen maken van psychosociale steun heeft men horizontale, informele en sterke netwerken nodig (Lynch e.a. 2000 McKenzie e.a. 2002), of wat Putnam (2000) *bonding* sociaal kapitaal noemt. Voor de controle op gezondheidsschadelijk gedrag of de toegang tot gezondheidsvoorzieningen is er daarentegen nood aan meer formele en zwakkere netwerken, of *bridging* sociaal kapitaal (Michell & LaGory 2002). Voor het overbruggen van relaties met expliciete machtsverschillen zijn er echter ook verticale netwerken nodig, of *linking* social kapitaal (Woolcock 2000; Szreter & Woolcock 2004). Dit zou vooral nuttig zijn in achtergestelde buurten waar er vaak een gebrek is aan wederzijds respect en vertrouwen in formele instituties (bv.: politie, ziekenhuis, bankiers) die een belangrijke impact op de gezondheid kunnen hebben (Szreter & Woolcock 2004). Het complexe web van sociale uitsluitingen waarin deze mensen zich bevinden, zorgt ervoor dat horizontaal *bridging* sociaal kapitaal (gebaseerd op gelijkwaardigheid) hier niet werkt (Wakefield & Poland 2005). Hun uitgesloten positie valt niet zelfstandig te overbruggen. Het opbouwen van verticaal georiënteerde connecties met formele instituties kan hier meer resultaat hebben. Gemeenschappen die veel van dit *linking* sociaal kapitaal bezitten, zijn bijvoorbeeld in staat om politieke druk

uit te oefenen om bepaalde gezondheidsproblemen aan te pakken (Ferlander 2007).

#### 4.4 De multilevel benadering

Zowel de collectieve als de individuele benadering van sociaal kapitaal kent beperkingen. Ecologische studies staan omwille van de aggregatie van data zowel open voor individuele als collectieve interpretaties. Variaties tussen geografische settings kunnen wijzen op een collectief en contextueel effect maar kunnen ook slechts verschillen in compositie zijn. Individuele studies kunnen aan de andere kant mogelijke contextuele effecten verbergen aangezien ze niet kunnen uitsluiten dat sociaal kapitaal op het geaggregeerde niveau meer kan zijn dan de som van individuele effecten van sociale netwerken en steun (Poortinga 2006).

Een 'multilevel model' biedt een mogelijke uitweg uit deze impasse. Door zowel individuele als collectieve maatstaven van sociaal kapitaal te gebruiken, kunnen deze studies immers (eventuele) contextuele gebiedseffecten van sociaal kapitaal op de individuele gezondheid meten, naast of in interactie met individuele (compositie-)karakteristieken (Islam e.a. 2006). Enkele recente multilevel studies (Subramanian e.a. 2002; Poortiga 2006; Lindström e.a. 2004; Veenstra 2005) tonen aan dat de voordelen van sociaal kapitaal eerder op het individuele dan op het contextuele niveau spelen.

Subramanian (e.a. 2002) bestudeerden de effecten van individueel én collectief sociaal vertrouwen (als indicator van sociaal kapitaal) op de subjectieve gezondheid in 40 Amerikaanse gemeenschappen bij 21.456 individuen. Zij vonden een contextueel effect van sociaal vertrouwen op de gezondheid, zelfs na controle van individuele socio-demografische en socio-economische variabelen. Het effect verdween echter na controle van het individuele sociaal vertrouwen. Dit doet vermoeden dat de invloed van sociaal kapitaal meer op het individuele dan op het collectieve niveau ligt. Toch vinden Subramanian (e.a. 2002) ook een meer complex interactie-effect tussen beide niveaus: zo blijkt het contextueel effect van sociaal kapitaal gezondheidsbevorderend te zijn voor individuen met veel sociaal vertrouwen, maar gezondheidsschadelijk voor individuen met weinig sociaal vertrouwen. In eenzelfde gemeenschap blijkt sociaal kapitaal de gezondheid dus niet op een uniforme manier te beïnvloeden.

Tot dezelfde conclusies komt ook Poortiga (2006) na een grootschalig multilevel onderzoek bij 42.358 personen in 22 Europese landen. Het persoonlijke niveau van sociaal vertrouwen en participatie (als indicatoren van sociaal kapitaal) is sterk geassocieerd met subjectieve gezondheid, terwijl het geaggregeerde, nationale niveau van sociaal kapitaal geen associatie kent met gezond-

heid na controle van individuele socio-demografische compositieverschillen. Maar, ook hier is er sprake van een interactie-effect tussen het individuele en het collectieve niveau. Poortiga (2006) stelt vast dat individuen met veel vertrouwen en participatie een betere gezondheid hebben dan individuen met weinig vertrouwen en participatie in landen met veel sociaal kapitaal (vb.: Scandinavische landen), maar niet in landen met weinig sociaal kapitaal (vb.: Portugal en Griekenland).

Deze twee studies doen vermoeden dat de gezondheidsvoordelen van sociaal kapitaal eerder gegenereerd worden door een interactie tussen individuen en hun sociale omgeving. Andere, meer kleinschalige multilevel studies spreken dit echter tegen. Lindström (e.a. 2004) bestudeert bijvoorbeeld bij 3.602 inwoners in 75 verschillende buurten van de stad Malmö in Zweden de gezondheidseffecten van sociale participatie op individueel en buurtniveau. Ze stellen vast dat de initieel gemeten, contextuele invloed van verschillende buurten van een stad op de gezondheid van haar bewoners verdween na de controle van individuele factoren zoals opleiding en sociale participatie, en dat er geen sprake is van een interactie-effect. Ook Veenstra (2005) vond in een bepaald deel van Canada wel belangrijke individuele, maar geen contextuele effecten van sociaal kapitaal op de gezondheid.

## 5. Kritieken op en limieten aan de link tussen sociaal kapitaal en gezondheid

Paragraaf 4 beschrijft de verschillende benaderingen waarin het verband tussen sociaal kapitaal en gezondheid onderzocht worden. Op dit verband is doorheen de jaren echter ook aanzienlijke kritiek gekomen. In deze paragraaf vatten we een aantal van deze kritieken samen.

Een eerste belangrijke punt betreft de methodologie. Overzichtsartikels van Hawe & Shiell (2000) en Macinko & Starfield (2001) wijzen op inconsistenties in de gebruikte conceptualisering en operationalisering van sociaal kapitaal. Zo is er bijvoorbeeld een (te) grote heterogeniteit aan indicatoren om sociaal kapitaal te meten en bestaat er (te) weinig consensus over de benaming van deze indicatoren. Dit leidt tot heel wat verwarring over wat men exact probeert te meten. Tegenover deze kritieken staat echter de vaststelling dat sociaal kapitaal een 'ongrijpbaar' en 'contextspecifiek' karakter heeft (Kawachi e.a. 2004) met specifieke indicatoren die vaak erg moeilijk te meten zijn. Het nastreven van uniformiteit in onderzoeksmodellen wordt hierdoor onmogelijk.

Naast methodologische zijn er nog twee andere, meer fundamentele, punten van kritiek die beide kunnen worden gesitueerd op basis van de conclusies van de hierboven beschreven multilevel studies.

Ten eerste: de afwezigheid van een duidelijk contextueel effect in de groot-schalige studies van Subramanian (e.a. 2002) en Poortiga (2006) toont aan dat sociaal kapitaal blijkbaar geen belangrijke factor is in de verklaring van gezondheidsverschillen tussen landen, aangezien de relatie enkel op individueel niveau zichtbaar is. Deze conclusie strookt niet met de bevindingen van Wilkinson (1996) die vaststelt dat de inkomensverdeling in een land de gezondheid niet direct maar indirect beïnvloedt via sociaal kapitaal. Daarom concluderen critici (Lynch e.a. 2000; 2001) dat het verband tussen inkomen en gezondheid niet zozeer psychosociaal is, maar eerder materieel en structureel. Niet zozeer de relationele aspecten van sociaal kapitaal (zoals vertrouwen en sociale netwerken) beïnvloeden de gezondheid, maar eerder de materiële en structurele politiek-economische aspecten zoals macht, klassen, instituties, marktdominantie of politieke regimes. Tegenover de 'neo-Durkheimse' benadering van sociaal kapitaal stelt men hier dus een meer 'neo-Marxistische' benadering (Muntaner & Lynch 1999).

Ten tweede: het onduidelijke interactie-effect tussen het individueel en collectief niveau van sociaal kapitaal in de studies van Subramanian (e.a. 2002) en Poortiga (2006) toont aan dat sociaal kapitaal niet automatische tot een betere gezondheid leidt. Individuen die zich niet kunnen of willen bewegen in de sociale omgeving, blijken niet te profiteren van de voordelen van het beschikbaar sociaal kapitaal in een gemeenschap. Dit kan een uitdrukking zijn van wat Portes (1998) en Putnam (2000) de 'duistere kant van sociaal kapitaal' noemen: hechte gemeenschappen met veel sociaal kapitaal kunnen erg intolerant zijn tegenover bepaalde groepen of individuen die zich niet conformeren. Voor deze negatieve gevolgen van sociaal kapitaal heeft het gezondheidsonderzoek onvoldoende aandacht (Baum 1999; Kunitz 2004). Bovendien kan sociaal kapitaal ook in minder hechte gemeenschappen en bron van sociale exclusie zijn. Wakefield & Poland (2005) wijzen erop dat sociaal kapitaal zich niet ontwikkelt langst volledig zelf gekozen identiteiten maar in grote mate wordt gevormd door de geschiedenis en de ervaringen van dominantie en verzet. Ze baseren zich hiervoor op Bourdieu (1986) die stelt dat sociaal kapitaal steeds is gebaseerd op klassen die mensen uit eenzelfde sociale groep samenbrengen. Het sociaal kapitaal van bepaalde groepen met een hoge sociale positie wordt vervolgens in de samenleving genormaliseerd en geïdentificeerd als evident en maatschappelijk relevant terwijl groepen met een lage sociale status hun activiteiten en organisaties ervaren als marginaal en deviant. De sociaal kapitaal literatuur meet vaak juist die participatie in organisaties die toebehoren aan de midden of hogere sociale klasse. Muntaner & Lynch (1999) noemen dit de 'bias van de middenklasse'. Er wordt dan al te vaak vergeten dat deze organisaties ook een specifieke structuur en cultuur hebben die zorgen voor sociale en culturele drempels waar achtergestelde en sociaal uitgesloten mensen niet op eigen kracht overheen geraken.

## 6. Discussie

Hoewel de invloed van sociaal kapitaal op de gezondheid en het welbevinden van mensen steeds vaker wordt erkend, bestaat er nog steeds heel wat onduidelijkheid en onenigheid over de onderliggende mechanismen die beide elementen met elkaar verbinden. Dit artikel biedt een overzicht van de beschikbare literatuur over deze relatie en brengt de verschillende conceptuele benaderingen in beeld. Eén van de belangrijkste discussiepunten betreft het onderscheid dat reeds bij de *founding fathers* van het concept zichtbaar was: is sociaal kapitaal een kenmerk van de gemeenschap of van het individu? In het eerste geval gaat het over de sociale cohesie, het sociale weefsel bestaande uit normen en netwerken tussen mensen, in het tweede geval over de individuele deelname aan het sociale leven, het persoonlijke netwerk en de daarbij horende sociale steun. Vanuit beide invalshoeken kijkt men naar de gezondheid. De collectieve benadering ziet vaak sterke contextuele effecten van geaggregeerde indicatoren van participatie en sociaal vertrouwen in een gemeenschap op de individuele gezondheid. De individuele benadering gebruikt dezelfde indicatoren maar aggregeert deze niet. Deze studies vinden meestal zwakkere verbanden. Wanneer beide benaderingen worden gecombineerd in multilevel studies dan blijkt vooral de individuele dimensie van belang. De invloed van collectief sociaal kapitaal verdwijnt meestal na controle van individuele indicatoren van sociaal kapitaal.

We kunnen ons de vraag stellen in hoeverre het verschil in operationalisering van sociaal kapitaal verantwoordelijk is voor het verschil in onderzoeksresultaten tussen de beide benaderingen. De collectieve benadering aggregeert immers indicatoren van sociaal kapitaal verzameld op het individuele niveau. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat geobserveerde verschillen in collectief sociaal kapitaal (bv.: tussen verschillende buurten) niet meer zijn dan verschillen in sociale karakteristieken tussen individuele bewoners. Een mogelijke oplossing hiervoor kan zijn om collectief sociaal kapitaal meer te operationaliseren door middel van collectief verzamelde indicatoren, bijvoorbeeld het aantal verenigingen actief in een buurt. Belangrijk aandachtspunt is wel dat zulke collectieve indicatoren natuurlijk erg cultureel bepaald zijn waardoor de vergelijkbaarheid tussen onderzoekseenheden (bv.: buurten) problematisch wordt (Harpam e.a. 2002). Meer onderzoek is noodzakelijk om deze manier van operationalisering empirisch te testen.

Hoewel verder theoretisch en conceptueel onderzoek om sociaal kapitaal te verfijnen en te optimaliseren wordt aangemoedigd, wordt het ook stilaan duidelijk dat een eenvormige en algemeen aanvaarde theorie of constructie niet zal worden gevonden. Maar misschien is dit ook niet nodig. De voortdurende nuanceringen en beperkingen die gemaakt werden, tonen immers aan dat sociaal kapitaal geen eenduidige betekenis heeft. Men hoeft sociaal kapitaal niet in mutueel exclusieve termen te bekijken (ofwel individueel, ofwel collectief),



het kan beide zijn (Lin 2001; Kawachi e.a. 2004). Sociaal kapitaal, zo blijkt uit de beschreven studies, is een multidimensioneel en context-specifiek concept met een 'ongrijpbaar' karakter dat op verschillende aggregatieniveaus kan worden bestudeerd. Critici beweren echter dat juist omdat men zoveel verschillende benaderingen van sociaal kapitaal in één concept probeert te vatten, sociaal kapitaal als concept elke vorm van betekenis verliest (Portes 1998).

De uitgebreide internationale aandacht voor sociaal kapitaal en gezondheid vinden we niet terug in eigen land. Vlaamse of Belgische onderzoeken in dit verband zijn bijna onbestaande. Willen we deze achterstand wegwerken dan moet er dringend worden geïnvesteerd in wetenschappelijke studies om de internationale theorie ook in ons land empirisch te toetsen. Het literatuuroverzicht in dit artikel kan hierbij als eerste aanzet dienen. Daarnaast zie ik, na het bestuderen van de literatuur, twee mogelijke aanvullingen voor toekomstig empirisch onderzoek: 1) sociaal kapitaal is een complex construct dat niet door één maatstaf kan worden gemeten. Het heeft andere betekenissen in andere contexten. Daarom lijkt het nuttig om in verband met gezondheid – naast de kwantitatieve studies 'in de breedte' – ook te investeren in kwalitatieve studies 'in de diepte' die sociaal kapitaal op een meer holistische manier kunnen meten, met aandacht voor historische beschrijvingen (bv.: in case-studies) en grondige peilingen naar verschillende elementen van sociaal kapitaal (bv.: diepte interviews); 2) De huidige sociaal kapitaal studies zijn bijna allemaal cross-sectioneel en daardoor strikt genomen niet vergelijkbaar. Deze studies kunnen geen uitspraken doen over de causale relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid. Het lijkt daarom nuttig en uitdagend in de toekomst eveneens longitudinaal panelonderzoek te voeren waarbij dezelfde respondenten gedurende enkele jaren meerdere keren worden bevraagd.

De beschreven literatuur in dit artikel is echter niet alleen belangrijk voor toekomstig onderzoek, het is volgens mij ook uitermate relevant voor het publieke gezondheidsbeleid omdat het aantoont dat het bestrijden van sociale ongelijkheden en onverdraagzaamheid, het uitbouwen van publieke ontmoetingsplaatsen, het ondersteunen van middenveldorganisaties, kortom het investeren in sociaal kapitaal ook een positieve bijdrage kan leveren aan de gezondheid in de samenleving. Het verklaart bovendien waarom interventies en preventies gericht op individueel risicogedrag (bv.: stoppen met roken) minder of geen resultaat zullen hebben indien ze geen rekening houden met de sociale omgeving die deze gezondheidsrisico's genereren (bv.: de sociale aanvaarding van roken). Toch mag het promoten van sociaal kapitaal geen 'goedkope' oplossing worden om een aantal gezondheidsproblemen op te lossen, of erger nog, een rechtvaardiging worden om een soort '*blaming the community*' (Muntaner & Lynch 1999) uit te spreken waarbij achtergestelde gemeenschappen zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de gezondheidsongelijkheden omdat ze sociale cohesie missen. Bovendien dienen we ons bewust te zijn dat het promo-

ten van sociale participatie in een gemeenschap met weinig sociaal kapitaal het risico inhoudt dat gedrag van achtergestelde groepen (onbewust) gemarginaliseerd wordt en dat zo culturele processen teweeg gebracht worden die – genesteld in de dominante structuur – juist zorgen voor de exclusie van achtergestelden (Wakefield & Poland 2005). Het beleid moet daarom steeds blijven investeren in materiële en financiële middelen om de gezondheid te bevorderen. Maar daarnaast moet er ook aandacht zijn voor gelijkheid, zorg en gemeenschapsgevoel. Sociaal kapitaal is een bijkomende dimensie voor het gezondheidsbeleid.

De toenemende academische interesse voor het concept sociaal kapitaal schept kansen om deze sociale agenda te promoten die in de epidemiologie en de sociale wetenschappen al een tijdje bekend is, maar nog niet erg populair is in de politieke wereld die nog vaak gedomineerd wordt door een economische rationaliteit.

#### BIBLIOGRAFIE

- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979), Social Networks, Host Resistance, and Mortality, A Nine-Year Follow Up Study of Alameda County Residents, *American Journal of Epidemiology*, 109 (2), 186-204.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000), From social intergration to health: Durkheim in the new millennium, *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bourdieu, P. (1986), The forms of capital, pp. 241-258 in J.G. Richardson (eds.), *Handbook of theory and research*. New York: Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1992), *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Amsterdam: Van Genneep.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Campbell, C., Williams B. & Gilgen D. (2002), Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa, *Aids Care*, 14 (1), 41-54.
- Cassel, J. (1976), The contribution of the social environment to host resistance, *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Coleman, J.S. (1990), *Foundations of Social Theory*. Cambridge/London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Durlauf, S. (2002), 'On the Empirics of Social Capital', *Economic Journal*, 112, 459-479.
- Durkheim, E. (1897, 1969), *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ferlander, S. (2007), The Importance of Different Forms of Social Capital for Health, *Acta Sociologica*, 50 (2), 115-128.
- Field, J. (2003), *Social Capital*. London: Routledge.
- Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S. & Potvin, L. (1992), 'The Roseto Effect: A 50-Year Comparison of Mortality Rates', *American Journal of Public Health*, 82, 1089-1092.
- Harper, T., Grant, E. & Thomas, E. (2002), 'Measuring social capital within health surveys: key issues', *Health Policy and Planning*, 17, 106-111.
- Hawe, P. & Shiell, A. (2000), 'Social capital and health promotion: a review', *Social Science & Medicine*, 51 (6), 871-885.

- Hooghe, M. (eds.) (2000), *Sociaal kapitaal en democratie. Verenigingsleven, sociaal kapitaal en politieke cultuur*. Leuven/Leusden: Acco.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988), Social Relationships and Health, *Science*, 241, 540-545.
- Hyypä, M.T. & Maki, J. (2001), Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community, *Preventive Medicine*, 32, 148-155.
- Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, G. (2006), Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review, *International Journal for Equity in Health*, 5 (3).
- Jacobs, J. (1961), *The Death and Life of Great American Cities*, London: Cape.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I. & Brainerd, E. (1998), The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis, *World Development*, 26 (11), 2029-2043.
- Kawachi, I. & Kennedy, B.P. (1997), Health and social cohesion: why care about income inequality?, *British Medical Journal*, 314, 1037-1040.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997), Social Capital, Income Inequality and Mortality, *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1491-1498.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Glass, R. (1999), Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis, *American Journal of Public Health*, 89 (8), 1187-1193.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A. & Subramanian, S.V. (2004), Commentary: Reconciling the three accounts of social capital, *International Journal of Epidemiology*, 33, 682-690.
- Kunitz, S.J. (2002), Holism and the idea of general susceptibility to disease, *International Journal of Epidemiology*, 31, 722-729.
- Lin, N. (2001), *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lin, N., Ye, X. & Ensel, W.M. (1999), 'Social Support and Depressed Mode: A Structural Analysis', *Journal of Health and Social Behaviour*, 40, 334-359.
- Lindström, M., Moghaddassi, M. & Merlo, J. (2004), Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden, *Preventive Science*, 39, 135-141.
- Loury, G. (1977), 'A Dynamic Theory of Racial Income Differences', in: Wallace P. and LaMont A. (eds.), *Women, Minorities and Employment Discrimination*, Lexington Books, pp. 153-186.
- Lynch, J.J. (1979), *The Broken Heart. The Medical Consequences of Loneliness*. New York: Basic Books.
- Lynch, J., Davey Smith, G., Kaplan, G.A. & House, J.S. (2000), Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions, *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.
- Macinko, J. & Starfield, B. (2001), The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants, *The Milbank Quarterly*, 79 (3), 387-427.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. eds. (2001), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Muntaner, C. & Lynch, J. (1999), Income inequality, social cohesion, and class relations. A critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program, *International Journal of Health Services*, 29, 699-732.
- Muntaner, C. & Lynch, J. (2002), Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling Alone's implications for social epidemiology, *International Journal of Epidemiology*, 31, 261-267.
- Orth-Gomer, K., Rosengren, A. & Wilhelmsen, L. (1993), Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men, *Psychosomatic Medicine*, 55 (1), 37-43.

- Poortinga, W. (2006), Social Capital: An individual or collective resource for health?, *Social Science & Medicine*, 62, 292-302.
- Portes, A. (1998), Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Society, *Annual Review of Sociology*, 24 (1), 1-24.
- Putnam, R.D. (1993), *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, R.D. (2000), *Bowling Alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rose, R. (1995), Russia as an hour-glass society: A constitution without citizens, *East European Constitutional Review*, 4 (3), 34-42.
- Rose, R. (2000), How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians, *Social Science & Medicine*, 51, 1421-1453.
- Stolle, D. (2000), Onderzoek naar sociaal kapitaal. Naar een attitudinale benadering, pp. 25-59 in M. Hooghe (eds.), *Sociaal kapitaal en democratie. Verenigingsleven, sociaal kapitaal en politieke cultuur*. Leuven/Leusden: Acco.
- Stout, C., Morrow, J., Brandt, E.N. & Wolf, S. (1964), Study of an Italian-American community in PA; unusually low incidence of death from myocardial infarction, *Journal of the American Medical Association*, 188, 845-849.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004), Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health, *International Journal of Epidemiology*, 33, 650-667.
- Townsend, P. (eds.) (1982, 1984), *Inequalities in Health: The Black Report*. Middlesex: Penguin Books.
- Townsend, P., Davidson, N. & Whitehead, M. (1988), *Inequalities in health*. London: Penguin Books.
- Veenstra G. (2005), Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada, *Social Science & Medicine*, 60, 2059-2071.
- Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J. & Elliott, S. (2005), Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health, *Social Science & Medicine*, 60, 2799-2818.
- Wakefield, S.E. & Poland, B. (2005), Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development, *Social Science & Medicine*, 60, 2819-2832.
- Wilkinson, R.G. (1992), Income distribution and life expectancy, *British Medical Journal*, 304: 165-168.
- Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London/New York: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (1997), Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?, *British Medical Journal*, 314: 591-594.
- Wilson, W.J. (1987, 1990), *The Truly Disadvantaged. The Inner City, the Underclass, and Public Policy*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Woolcock, M. (1998), 'Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework' in *Theory and Society*, vol. 27, nr. 2: 151-208.