

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: sociologische beschouwingen bij een empiristisch onderzoeksgebied

Christophe Vanroelen, Fred Louckx en Miriam Beck

1. Inleiding

Gezondheidsverschillen worden als onrechtvaardig ervaren vanaf het moment dat waargenomen individuele verschillen in gezondheid een systematisch patroon van ongelijkheid tussen sociale posities vertonen (Elstad 2000). Er is dan sprake van sociale ongelijkheid in gezondheid. Het domein van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) vormt hierbinnen een deelgebied dat zich toespitst op de oorzaken van gezondheidsverschillen, verbonden met hiërarchische maatschappelijke posities rond het arbeidsproces, de materiële welstand en de kwalificaties (Graham 2000: 3). Andere sociale posities, zoals gender of etniciteit, kunnen ook aanleiding geven tot gezondheidsverschillen, al zijn dit niet noodzakelijk sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Kane 1994). In dit artikel ligt de nadruk op SEGV, al spelen grotendeels dezelfde mechanismen bij sociale gezondheidsverschillen in het algemeen.

Gedurende de 19de eeuw kreeg het onderzoek naar SEGV voor het eerst vorm. Naar aanleiding van het industrialiseringsproces en de ingrijpende sociale gevolgen daarvan werden sociale klassenverschillen in gezondheid gedocumenteerd (Krieger 2000). In de 20ste eeuw groeide aanvankelijk de overtuiging dat de ontwikkeling van de welvaartsstaat een einde zou maken aan sociaaleconomische verschillen in gezondheid (Peersman 2000). Dit was geenszins het geval, zo bleek o.a. uit het inmiddels klassiek geworden *Black Report* (Townsend & Davidson 1982). Als gevolg hiervan kwam het onderzoeksdomein erg tot leven, in de laatste decennia van de 20ste eeuw (MacIntyre 1997). De meeste onderzoeksresultaten bevestigden het negatieve verband tussen sociaaleconomische positie en verschillende aspecten van mortaliteit en morbiditeit (MacIntyre 1997). Men stelde bovendien vast dat de verschillen doorheen de tijd eerder toenamen dan verkleinden (Valkonen 1999). Daarnaast vond

men internationale variatie in de grootte van gezondheidsverschillen (Wagstaff & van Doorslaer 2000). Ook in België werden sociaaleconomische verschillen in levensverwachting, gezonde levensverwachting en diverse gezondheidsindicatoren gedocumenteerd (o.a.: Bossuyt e.a. 2004, Louckx e.a. 2001).

Vervolgens stelt zich de vraag naar de verklaring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Heden ten dage presenteert het geheel aan verklaringen zich als een complex kluwen van uiteenlopende gezondheidsinvloeden. Krieger (1994) spreekt in dit verband over een *webmodel*, waarbij meervoudige empirisch waarneembare oorzaken en effecten aanleiding geven tot het ontstaan van sociale gezondheidsverschillen. Dit artikel gaat van start met een kort overzicht van de verschillende verklaringen voor SEGV. Vervolgens wordt het dominante webmodel geproblematiseerd. De voornaamste kritiek bestaat erin dat het webmodel geen plaats biedt aan een structureel-theoretisch verklaringskader voor sociale gezondheidsverschillen. Een sociologische analyse van SEGV daarentegen moet verder gaan dan het blootleggen van de empirisch waarneembare gezondheidsrisico's door sociale factoren te identificeren die gezondheidsrisico's vorm geven en structureren binnen de samenleving. Link en Phelan (1995) gebruiken hiervoor de term *fundamentele sociale oorzaken van ziekte*. Het waardevolle idee van fundamentele sociale oorzaken is wat ons betreft tot hiertoe echter onvoldoende onderbouwd vanuit de sociaalwetenschappelijke theorie. De belangrijkste doelstelling van dit artikel is dit hiaat op te vullen. In de eerste plaats wordt de vraag gesteld naar de verhouding tussen fundamentele sociale oorzaken en de individuele handelingsbekwaamheid. Deze vraag vindt aansluiting bij het klassieke *structure-agency-debat* in de sociologie. Vervolgens wordt het concept van de fundamentele sociale oorzaken scherper gesteld door ze te omschrijven als *relationele sociale mechanismen van middelenallocatie*. In dit verband wordt verwezen naar de kritisch realistische kennisleer en het werk van, onder andere, Anthony Giddens en Pierre Bourdieu.

We betogen dat het van cruciaal belang is te streven naar conceptuele zuiverheid bij de afbakening van de fundamentele sociale oorzaken. Dit door voor iedere kandidaat-oorzaak te toetsen of ze wel voldoet aan de bovenstaande omschrijving. Als illustratie hiervoor wordt in de laatste paragraaf de conceptuele verwarring over de invulling van het begrip "sociaaleconomische positie" (SEP) binnen het onderzoek naar SEGV aangegrepen. Er wordt aangetoond dat SEP niet kan worden beschouwd als een fundamentele sociale oorzaak, maar eerder als een beschrijvende indicator waar verschillende fundamentele sociale processen aan ten grondslag liggen. Aan de hand van een van de onderdelen, sociale klasse, wordt het verschil met een echte fundamentele sociale oorzaak geïllustreerd.

2. Het verklaren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Vanuit conceptueel oogpunt wordt er traditioneel een onderscheid gemaakt tussen verschillende mechanismen, processen en niveaus bij de verklaring van SEGV. In de eerste plaats is er een discussie over de aard van het verband – met name of SEGV het gevolg zijn van methodologische onnauwkeurigheden, van gezondheidsselectieve sociale mobiliteit, dan wel van de causale invloeden van met de sociaaleconomische positie geassocieerde gezondheidsrisico's. Ten tweede stelt zich de vraag naar de aard, het belang en de samenhang van de verschillende gezondheidsrisico's.

2.1 De aard van het verband: meefouten, gezondheidsselectieve mobiliteit en causatie

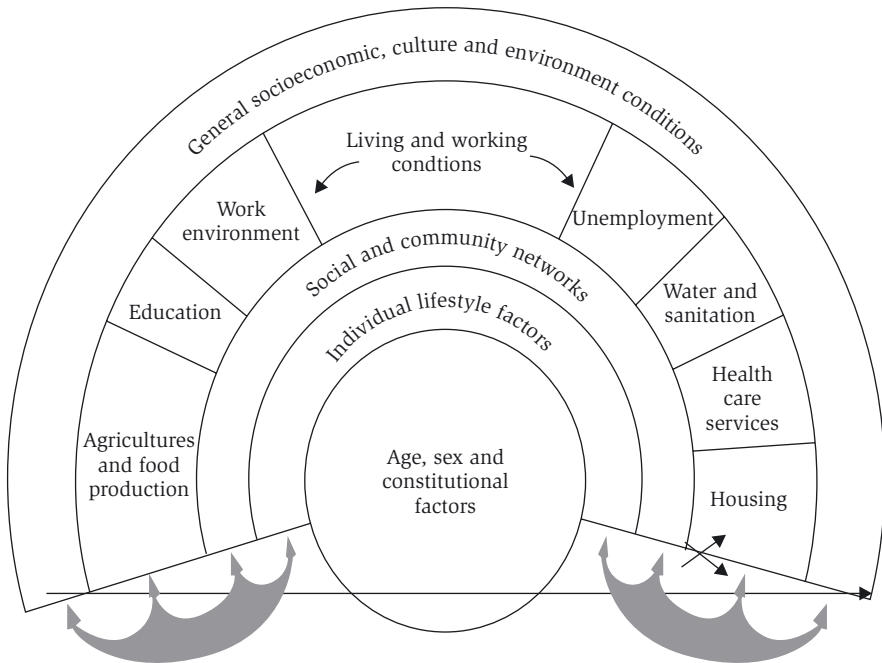
Naar aanleiding van het Black Report woedde een tijd lang de discussie of SEGV niet het gevolg zijn van een artefact dat is terug te voeren op meefouten (Bloor e.a. 1987). Het overweldigende empirische bewijs voor SEGV maakt een grote rol voor meefouten echter weinig aannemelijk (Beck e.a. 2002). Toch zijn er argumenten om aan te nemen dat meeteffecten een rol spelen. Ten eerste zijn de meeste indicatoren van gezondheid en SEP artificiële mentale constructen. Hierdoor is ook de relatie tussen deze constructen in zekere mate een artefact (Townsend e.a. 1992). Het toenemen van gezondheidsverschillen kan op die manier, bijvoorbeeld, worden toegeschreven aan de starre manier waarop beroepencategorieën worden geoperationaliseerd. Doorheen de tijd is het aantal personen in de laagste categorieën verminderd, waarbij vooral de "slechtste elementen" overblijven aan de onderkant van de beroepenladder en harder doorwegen (Townsend e.a. 1992). Tenslotte worden vaak zelfgerapporteerde gegevens gebruikt. De manier waarop mensen hun gezondheid aangeven wordt beïnvloed door hun sociale milieu en de subjectieve beleving van objectief vergelijkbare problemen (Elstad 1996). Studies komen echter meestal tot het besluit dat SEGV in zelfgerapporteerde vragenlijsten eerder worden onderschat (Mackenbach e.a. 1996).

Daarnaast is er de vraag naar de richting van het verband. Ideaaltypisch gelden hier twee tegengestelde hypothesen. De *harde selectiehypothese* (MacIntyre 1997) schrijft SEGV toe aan gezondheidsselectie: verschillen in gezondheid zijn doorheen de levensloop verantwoordelijk voor ongelijke sociaaleconomische posities (MacIntyre 1997). De *harde causatiehypothese*, schrijft SEGV toe aan de met SEP gelieerde gezondheidsrisico's (MacIntyre 1997). Onderzoek van, onder meer, Elstad en Krokstad (2003) heeft aangetoond dat beide mechanismen een rol spelen – alhoewel de causatie effecten het sterkst zijn. Sociale gezondheidsselectie vindt plaats door inter- en intragenerationele mobili-

teit. Zowel bepalende gezondheidsfactoren tijdens de kinderjaren als verschillende persoonlijkheidskenmerken zorgen voor op- of neerwaartse sociale mobiliteit ten overstaan van de vorige generatie en doorheen de levensloop (Van De Mheen e.a. 1998). Er werd onder andere vastgesteld dat het in- en uitreden op de arbeidsmarkt mede worden bepaald door de gezondheidstoestand (Power e.a. 1996). Ook de kosten en het verlies aan inkomen bij ziekte kunnen leiden tot neerwaartse sociale mobiliteit (Beck e.a. 2002).

2.2 Causale effecten van gezondheidsrisico's

In de sociaalepidemiologische literatuur zijn heel wat pogingen gedaan om het geheel aan risicofactoren in het web van causatie voor te stellen in verklaringsschema's. Een daarvan is het model van Dahlgren en Whitehead (1993) (figuur 1). Het model wordt voorgesteld aan de hand van rond elkaar liggende *schillen* die de risicofactoren voorstellen die zich op verschillende waarnemingsniveaus bevinden. In het midden is er een kern van aangeboren eigenschappen. Op het niveau van de individuele leefwereld zijn er de leefstijlfactoren. Daar rond bevindt zich het intersubjectieve niveau dat de gevolgen van het onmiddellijke sociale interactieproces (o.a. psychosociale stressoren) omvat. Een derde schil omvat de materiële aspecten van de onmiddellijke soci-



Bron: Dahlgren en Whitehead, 2006.

Figuur 1. De meest belangrijke determinanten van gezondheid.

ale omgeving, o.a. werk- en leefomstandigheden en andere materiële condities. In de buitenste schil worden de materiële en niet-materiële kenmerken van de bredere samenleving beschreven. Het model van Dahlgren en Whitehead (2006) legt de nadruk op de interacties tussen de schillen: elementen van de individuele leefstijl zijn gegrond in sociale netwerken/interacties en materiële omstandigheden op microniveau, die op hun beurt verbonden zijn met de sociaaleconomische en culturele macrocontext. Dit alles speelt zich af binnen een levensloopperspectief, waarbij er een verwevenheid doorheen de tijd van sociale en biologische factoren uit de elkaar omsluitende schillen speelt (Dahlgren & Whitehead 2006). De term *risicofactoren* mag niet verhullen dat er ook positieve of beschermende sociale factoren bestaan, zoals emotionele steun of een gezonde eetcultuur (Dahlgren & Whitehead 2006).

2.2.1 *Gezondheidseffecten op microniveau: de leefstijl en de directe leefomgeving*

Bij de leefstijlgebonden factoren krijgen culturele eigenschappen en gedrag de voornaamste rol toebedeeld. De assumptie is dat mensen uit de lagere sociaaleconomische categorieën er vaker een minder gezonde leefstijl op nahouden. Er werden o.a. sociaaleconomische verschillen aangetoond in rookgedrag, voedingsgewoonten, overmatig alcoholgebruik, het gebruik van anticonceptie en preventieve gezondheidszorgvoorzieningen (Hardonk 2004). Gewoonten en opvattingen, o.a. het belang dat gehecht wordt aan gezondheid of de mate waarin men ervan overtuigd is zelf invloed te hebben op de gezondheid (Pill e.a. 1995) spelen eveneens een rol. Daarnaast zijn er verschillen in kennis over de gevolgen van bepaalde gedragingen of het nut van preventieve maatregelen (Peersman 2000).

Recent is er veel aandacht gegaan naar het intersubjectieve niveau, onder andere, naar de gevolgen van de psychosociale ervaring van relatief nadeel en (chronisch) stresserende levensomstandigheden (Schnittker & Mcleod 2005). Er werd aangetoond hoe de psychosociale dimensie indirecte gezondheidseffecten heeft door *coping-reacties* voor de perceptie van relatieve achterstelling, ongeschiktheid of onbevredigende sociale relaties via nadelige leefstijlelementen (Elstad 1998). Er zijn ook aanwijzingen voor directe gezondheidseffecten: het menselijk lichaam reageert op stress door de productie van stresshormonen, waarvan de invloed op onder meer cardiovasculaire en immunologische variabelen is aangetoond (Stephoe & Pollard 1998). *Negatieve life events* (ontslag, overlijden, echtscheiding) (Twisk e.a. 2000) en *chronische stressoren*, zoals armoede (Levecque, 2006) spelen beide een rol. Toch wordt vooral de chronische blootstelling aan stress als problematisch ervaren (Siegrist & Theorell 2006). Binnen verschillende levensdomeinen werd vastgesteld dat lagere sociaaleconomische categorieën meer in aanraking komen met stressvolle gebeurtenissen (Mcleod & Kessler 1990) en er minder goed van herstellen (Stephoe e.a. 2002).

Veruit de meeste aandacht gaat naar arbeidsgerelateerde stressoren, zoals werkdruk, gevoelens van ondergeschiktheid of een gebrek aan autonomie en problematische relaties met collega's en oversten (o.a.: Karasek 1998, Siegrist 2002).

De materiële leefwereld heeft een invloed, onder andere door onvoldoende toegang tot sociale dienstverlening, woon- en werkomstandigheden, enz. (Stronks e.a. 1993). Ongelijke maatschappelijke verhoudingen en materiële schaarste leiden tot ongezonde woningen, het niet beschikbaar zijn van gezonde voeding, een moeilijker toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen, slechte arbeidsvoorwaarden, enz. (Schrijvers e.a. 1998, Ferrie 1999). Indirect hebben deze materiële omstandigheden ook een invloed doorheen de onderliggende schillen – zoals het psychosociale verwerkingsproces of via de restrictie van het keuzepallet aan gezonde leefstijlelementen (Dahlgren & Whitehead 2006).

Over het onderlinge belang van de gezondheidsfactoren op microniveau hebben zich lang principiële discussies ontsponnen (MacIntyre 1997). Materialisten leggen de nadruk op de sociale structuur en de materiële leefomstandigheden die daarvan het gevolg zijn, terwijl aanhangers van de individuele risicobenadering de nadruk leggen op empirisch waarneembare verschillen in leefstijl tussen sociale categorieën (MacIntyre 1997). Onder andere door de opkomst van longitudinale onderzoeksdesigns is er ondertussen overeenstemming over het feit dat de verschillende verklaringen naast elkaar werkzaam zijn (Stronks e.a. 1993).

2.2.2 *Materiële en immateriële gevolgen van de maatschappelijke context*

Aan het eind van de 20ste eeuw komt het onderzoek naar de invloed van de sociale omgeving op gezondheidverschillen naar de voorgrond (MacIntyre e.a. 2002). Vooral de integratie van micro- (individu, huishouden), meso- (leefomgeving, het werk, sociaal netwerk) en macro- (regio's, landen) relaties is vernieuwend. Er wordt onderzocht hoe het macroniveau de lokale leefomgeving beïnvloedt en vervolgens een impact heeft op het dagelijks leven van individuen doorheen de filter van die lokale leefomgeving (Elstad 2000).

Een belangrijke subdiscipline in de analyse van omgevingseffecten is het onderzoek naar de relatie tussen de inkomensverdeling en de gezondheid op het niveau van landen en ruimere regio's. Wilkinson (1996) stelde aanzienlijke verschillen in levensverwachting vast tussen landen naargelang de mate van inkomensongelijkheid. Bij het zoeken naar een verklaring voor de contextuele relatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid benadrukken Wilkinson en anderen het psychosociale aspect van ongelijkheid (Wilkinson 2006). Deze *relatief-inkomenshypothese* veronderstelt dat in welvarende samenlevingen, de subjectieve reacties op gepercipieerde ondergeschiktheid van groter belang zijn dan de eventuele materiële consequenties (Wilkinson 2006). Het concept *sociaal kapitaal* speelt hierbij een belangrijke rol (Szreter & Woolcock 2004): de aanwezigheid van sociale netwerken, maatschappelijke betrokkenheid, nor-

men, wederzijds vertrouwen, enz. (Baum & Ziersch 2003). Vanuit de vaststelling van een verband tussen de mate van sociale ongelijkheid in termen van inkomensspreiding en sociale betrokkenheid in de samenleving (Putnam 2000) en het feit dat sociale betrokkenheid een sterke gezondheidsindicator is (Berkman & Kawachi 2000), wordt sociaal kapitaal vooropgesteld als hét mechanisme tussen sociale ongelijkheid en gezondheid op macroniveau (Wilkinson 2006). De relatief-inkomenshypothese wordt in vraag gesteld vanuit *neo-materialistische* hoek (Lynch e.a. 2004). De neo-materialisten wijzen eerder op een gebrek aan investeringen in infrastructuur (o.a. onderwijs, gezondheidszorg, sociaal beleid) binnen landen en regio's met een grote sociale ongelijkheid (Lynch 2000). Hierdoor wordt de accumulatie van nadelen op individueel niveau bij lagere sociaaleconomische categorieën nog verstrekt, terwijl wie meer welstellend is in staat is om voor zichzelf te zorgen (Beck e.a. 2002).

Op lagere geografische niveaus (bv. buurten) worden andere oorzaken van sociale gezondheidsverschillen onderzocht: de mate van sociaaleconomische deprivatie, de etnische samenstelling, de mate van urbanisatie, enz. (Pickett & Pearl 2001). Macintyre e.a. (2002), spreken over vijf soorten omgevingsfactoren, waarvan de eerste drie van materiële of fysieke aard zijn en de laatste twee te maken hebben met het collectief functioneren: (1) de fysieke eigenschappen van een ruimere regio (bv. de luchtkwaliteit); (2) de beschikbaarheid van een gezonde omgeving (bv. recreatiemogelijkheden); (3) het aanbod aan collectieve voorzieningen (bv. onderwijs); (4) de sociaal-culturele eigenschappen van een omgeving (politieke, economische, etnische, religieuze geschiedenis) en (5) de perceptie van de omgeving door bewoners, inwijkelingen, investeerders, enz. (MacIntyre e.a. 1993). In een reviewstudie rapporteren Pickett en Pearl (2001) empirische steun voor een relatie tussen omgevingsfactoren en laag geboortegewicht, gezondheid tijdens de kindertijd en algemene gezondheid, cardiovasculaire risicofactoren, longfunctie, leefstijl (vooral roken en partnergeweld) en mortaliteit op volwassen leeftijd.

2.2.3 *De interactie tussen de gezondheid en sociale omstandigheden doorheen de levensloop*

De levensloopenadering biedt een theoretisch model voor de verklaring van sociale gezondheidsverschillen, waarbij biologische en sociale risicoprocessen worden geïntegreerd doorheen de levensloop – gaande van de zwangerschap, over de kindertijd en adolescentie tot de volwassen leeftijd (Kuh e.a. 2003).

Doorheen de levensloop spelen drie grote mechanismen. Een eerste is het mechanisme van de *kritische periode*, dat veronderstelt dat aandoeningen die van groot belang zijn voor de sociaaleconomische gradiënt in gezondheid hun origine hebben in blootstellingen tijdens gevoelige periodes in de eerste levensjaren (Graham 2002). Daarnaast is er het *accumulatiemechanisme*, waarbij nadelige omstandigheden op verschillende momenten in het leven een cumula-

tief effect hebben (Blane e.a. 2007). Het *padmodel*, ten derde, gaat ervan uit dat omstandigheden tijdens de vroege jeugdijaren op een indirecte manier een eerste stap zijn in een nadelig of voordelig sociaal traject op weg naar de gezondheidstoestand als volwassene (Graham 2002). De besproken mechanismen zijn complementair, maar volgens Blane (2007) is het accumulatieproces het meest fundamentele. Centraal in de levensloopepidemiologie staat de integratie van processen van causatie en gezondheidsselectie (Beck e.a. 2002). Risicofactoren kunnen daarnaast variabel zijn doorheen de tijd, omwille van cohorteneffecten (Wadsworth 1997).

De *nadelinketting* door risicovolle blootstellingen tijdens verschillende levensfasen en in verschillende levenssferen is heden ten dage uitvoerig gedocumenteerd. Zo zijn, onder andere, perinatale mortaliteit, korte zwangerschapsduur en laag geboortegewicht geassocieerd met de sociaaleconomische positie van de ouders (Wadsworth 1997). Een laag geboortegewicht kan vervolgens worden beschouwd als een indicator voor sociale achterstelling tijdens de kinderjaren (Bartley e.a. 1994). Deze sociale achterstelling zorgt al onmiddellijk voor gezondheidsverschillen (Pless 1994), maar is ook verbonden met indicatoren van lichamelijke ontwikkeling (Kuh & Wadsworth 1989) en met gezondheidskenmerken op volwassen leeftijd (Barker 1994). Daarnaast worden ook stresservaringen tijdens de zwangerschap of de kinderjaren in verband gebracht met het vermogen om het hoofd te bieden aan latere stresservaringen (Wilkinson 2006). Tijdens de adolescentie spelen gedragsfactoren en traumatische gebeurtenissen in het gezin, maar ook het eigen gedrag en sociaaleconomische traject een rol (Wadsworth 1997). Op jongvolwassen leeftijd draagt het lichaam al de afdrücken van de vorige generatie en de sociale en materiële omstandigheden waarin men opgroeide (Wadsworth 1997). Op dat moment begint de verworven sociaaleconomische positie ten volle te spelen, onder andere door de tewerkstelling (Bartley 1994) en gezondheidsgerelateerd gedrag (Kuh & Cooper 1992). Dergelijke risicofactoren bouwen een *gezondheidsdeficit* op in de lagere sociaaleconomische categorieën (Blane 2005). Naarmate de geboortecohorten ouder worden, kan nu ook de (jong) bejaarde leeftijdsgroep worden bestudeerd. Recent onderzoek toont een verband aan tussen het krijgen van borstvoeding, de fysieke groei tijdens de jeugd, het gecumuleerde sociaaleconomische nadeel op volwassen leeftijd en de start van de menopauze (Hardy & Kuh 2005).

3. Op zoek naar de fundamentele oorzaken van SEGV

3.1 Kritiek op de individuele risicobenadering

Een blik op de geschiedenis van de epidemiologie leert dat het webmodel voor de etiologie van ziekten niet de enige benadering is geweest. Voor de 19de

eeuwse *hygiënische school* stond de invloed van de sociale context centraal (Rosen 1993). Meer bepaald de algemene vergiftiging door schadelijke omgevingsinvloeden werd gezien als de oorzaak van morbiditeit en mortaliteit (Susser & Susser 1996). In de 20ste eeuw verdween de sociale context naar de achtergrond ten voordele van biomedische benaderingen (Krieger 1994). De *ziektekiembenadering* was erop gericht om, door laboratoriumstudie, een enkele oorzaak voor besmettelijke aandoeningen te vinden (Susser & Susser 1996). Later ging de epidemiologie van chronische aandoeningen aan de hand van grootschalig populatieonderzoek op zoek naar de etiologie van meer complexe aandoeningen, zoals maagzweren, coronaire hartziekte en longkanker (Susser & Susser 1996). Dit nieuwe onderzoeksparadigma, wordt door Susser & Susser (1996) de *black box benadering* genoemd: een benadering die zich – los van de sociale context – bezig houdt met de onmiddellijke risicofactoren. Doorheen de verdere ontwikkeling groeide het idee van het *webmodel* (Krieger 1994), waarin hedendaagse chronische aandoeningen worden verklaard door een complex samenspel van causale factoren. Voor het webmodel is het voldoende de dichtst bijgelegen risicofactoren te onderkennen en aan te pakken (Krieger 1994). Semantische oefeningen op zoek naar de hiërarchie van de oorzaken zijn in deze opvatting niet nodig (Krieger 1994).

Kritische waarnemers hebben het webmodel meermaals in vraag gesteld. Dit omwille van ontevredenheid met de beperkte verklarende kracht voor sociale gezondheidsverschillen (Goldberg e.a. 2003) en de eerder teleurstellende resultaten op het vlak van preventie van belangrijke hedendaagse aandoeningen. Zo is er het voorbeeld van AIDS: ook al zijn de biologische en sociale risicofactoren bekend, het blijft moeilijk om de ziekte onder controle te houden (Susser & Susser 1996). De oorzaak ligt klaarblijkelijk in een gebrek aan inzicht in de manier waarop de besmetting en het verloop van het ziekteproces plaats vinden binnen de sociale context (Susser & Susser 1996). Meer zelfs, het terugdringen aan het begin van de 20ste eeuw van indertijd sociaal ongelijk verdeelde aandoeningen, zoals tbc of syfilis, leidde niet tot het verdwijnen van sociale gezondheidsverschillen (Link & Phelan 1996). Nieuwe ongelijk verdeelde aandoeningen met eigen risicofactoren (bv. cardiovasculaire aandoeningen) zijn in de plaats getreden (House e.a. 1994). Het lijkt alsof de risicofactoren slechts *epifenomenen* zijn van meer fundamentele onderliggende oorzaken (McKinlay & Marceau 1999). Het probleem van het webmodel is dat het niet op zoek gaat naar die onderliggende sociale oorzaken (Krieger 1994). In het onderzoek naar SEGV worden sociale indicatoren dikwijls louter als controlevariabelen voor de onmiddellijke risicofactoren gebruikt (Kaplan 2004). MacIntyre (1997) noemt dit het *wegverklaren* van de sociale oorzaken. Onderliggend aan deze benadering ligt een impliciete wetenschapsfilosofische oriëntatie (Krieger 1994). Forbes en Wainwright (2001) situeren deze binnen een *positivistische traditie*, die de empirisch-wetenschappelijke methode van de natuurwetenschappen – gericht op waarneming en instrumentele kennis – over-

plant naar de studie van sociale fenomenen. Deze invalshoek heeft de epistemologische beperking gericht te zijn op *beschrijving* en niet op *verklaring* (Psillos 1999). Om te kunnen *verklaren* moet inzicht worden verworven in de dieperliggende culturele en sociale factoren, die in een bepaalde verhouding staan tot de empirisch waarneembare risicofactoren.

3.2 De identificatie van fundamentele sociale oorzaken

Link en Phelan (1995) noemen de empirisch waarneembare risicofactoren *nabije oorzaken* van ziekte, terwijl ze de diepere sociale en culturele factoren beschouwen als de *fundamentele oorzaken* van sociale gezondheidsverschillen. De laatste worden door Link en Phelan (1995) omschreven als factoren die relaties van een persoon met andere mensen inhouden in de meest brede zin, gaande van letterlijke sociale relaties met anderen tot posities die worden ingenomen in de economische en sociale structuren van de samenleving (Link & Phelan 1995). Een analyse die wil doordringen tot de kern van sociale gezondheidsverschillen moet verduidelijken hoe deze fundamentele sociale condities zich verhouden tot gezondheidsrisico's en beschermende factoren (Link & Phelan 1995).

De idee van fundamentele sociale oorzaken duikt binnen de sociale epidemiologie nog in andere gedaanten op. House (1994) heeft het over fundamentele sociale en biologische mechanismen als *verder afgelegen oorzaken*. De verder afgelegen oorzaken geven zowel de blootstelling tot als de gevolgen van gezondheidsrisico's vorm doorheen de levensloop (House e.a. 1994). Krieger (1994) gebruikt de metafoer van *de spin* in het web van causatie om de sociale en biologische oorzaken aan te duiden die verantwoordelijk zijn voor de verdeling en vatbaarheid voor concrete gezondheidsrisico's. De neo-materialistische invalshoek (o.a.: Muntaner 2004) legt de klemtoon op het zoeken naar de *stroomopwaartse oorzaken* van SEGV, o.a. welvaartsstaatypes of de klassenstructuur van de samenleving (o.a.: Coburn 2004). De neo-materialistische kritiek op de individuele risicobenadering situeert zich voornamelijk binnen het debat over de rol van psychosociale risicofactoren voor SEGV. De psychosociale gezondheidsrisico's zijn geen onafhankelijke gevolgen van het sociale interactieproces, zoals ze doorgaans worden voorgesteld, maar wel de onrechtstreekse gevolgen van materiële condities (Muntaner 2004). Hun ontstaan en belang worden bepaald door historische, economische, politieke en culturele kenmerken van de samenleving (Muntaner 2004). Dit zijn de factoren die stroomopwaarts liggen en als *achterliggende generatieve mechanismen* (Scambler 2000) de concrete risicofactoren, zowel als hun effecten sociaal ongelijk verdelen.

Het onderscheid tussen nabije en fundamentele oorzaken brengt ons bij de *kritisch realistische werkelijkheidsleer* (Bhaskar 1975) – alhoewel hiernaar niet

wordt verwezen in de “fundamentele oorzakenliteratuur”. Volgens de kritisch realisten is wetenschappelijke kennis gebaseerd op direct observeerbare gebeurtenissen en ervaringen misleidend. Het empirisch waarneembare wordt namelijk gestuurd door onderliggende mechanismen die empirisch niet waarneembaar zijn (Archer e.a. 1998). De empirisch waarneembare gebeurtenissen zijn het product van verschillende, gelijktijdig opererende onderliggende mechanismen die elkaar versterken, tegenwerken of opheffen (Archer e.a. 1998). Er bestaan met andere woorden meerdere werkelijkheidslagen (Bhaskar 1975). De onderliggende mechanismen zijn *het reële*: het zijn objecten, structuren en krachten die daadwerkelijk bestaan (Bhaskar 1989, 9-11). In de eerste plaats worden hiermee natuurlijke objecten bedoeld, die onveranderlijk bestáán, autonoom van onze kennis erover (Sayer 2000) – bv. zuurstof. Sociale objecten en structuren (bv. sociale klasse) zijn écht in de zin dat ze daadwerkelijk een invloed hebben, al functioneren ze slechts relatief autonoom van onze kennis erover (Sayer 2000, 10-1). Sociale objecten worden gereproduceerd of getransformeerd door betekenisvol handelen van actoren – hierdoor is hun betekenis dus niet onveranderlijk (Gijssels 2002). De reële objecten leiden in een *actuele context* tot de werkelijkheidslaag van *het empirisch* waarneembare (Sayer 2000, 11-2).

Ter illustratie: in het domein van sociale gezondheidsverschillen stelt empirisch onderzoek gezondheidsverschillen volgens sociaaleconomische posities vast. Deze empirisch waarneembare gezondheidsverschillen zijn echter het gevolg van de *reële sociale processen* van onder- en bovengeschiedtheid, verbonden met klassenposities, gender, maatschappelijke statusposities, enz., die een invloed hebben op de verdeling en vatbaarheid voor fysieke en psychologische factoren met een effect op de gezondheid. De reële sociale processen zijn dus de fundamentele sociale oorzaken die in een samenspel met natuurlijke oorzaken in een actuele context aanleiding geven tot de sociale gezondheidsverschillen die empirisch waarneembaar zijn aan de hand van indicatoren voor SEP.

3.2.1 *De valkuil van sociaal determinisme*

Waakzaamheid is echter geboden waar het fundamentele oorzakenverhaal overhelt naar sociaal determinisme. Wanneer Krieger (1994) de metafoer van de spin gebruikt om de fundamentele sociale oorzaken in het web van causaliteit aan te duiden, wijst ze op het gebrek aan aandacht voor de oorzaken van de spinnen zelf. Op die manier verworden ook de fundamentele oorzaken tot *black boxes* (Krieger 1994). Met andere woorden, ze krijgen een determinerend effect over de gezondheid van individuen zonder nog plaats te laten voor de rol van individueel handelen.

Sociologen onderkennen hierin het klassieke probleem van *structure* en *agency* (Johnson 2000). Verschillende hedendaagse sociologische denkers hebben een

oplossing gezocht voor deze klassieke tegenstelling (o.a.: Archer 1995, Bourdieu 2000, Giddens 1993). De structuratietheorie van Giddens (1993) toont aan hoe de sociale structuur vorm krijgt vanuit het handelen van de actoren die erin actief zijn en hoe terzelfder tijd het handelen vorm krijgt vanuit de beperkingen en mogelijkheden aangereikt door de sociale structuur waarin het zich afspeelt. De fundamentele sociale oorzaken bevinden zich op het niveau van de sociale structuur, maar verschijnen op die manier niet als black boxes, maar wel als resultaten van productie en reproductie in het sociale interactieproces (Giddens 1993, 353). Archer (1995) heeft kritiek op wat ze noemt de *centrale samensmelting* (central conflation) in de theorie van Giddens. Ze bedoelt hiermee dat Giddens wel aantoont hoe het handelen en de sociale structuur elkaar wederzijds vorm geven, echter bij Giddens worden beide ondeelbaar van elkaar doordat het lijkt alsof de sociale structuur slechts vorm krijgt door het actuele handelen van de actoren die aanwezig zijn op het moment van het handelen zelf (Archer 1995, 2000). Dit is een probleem, want hoe kunnen sociale structuren die pas vorm krijgen op het moment van het handelen zelf dit zelfde handelen ook vorm geven? Het *transformationeel model van sociaal handelen* (Bhaskar 1989) biedt een aanvulling op de structuratietheorie door een historisch perspectief te introduceren. Met name door te stellen dat de sociale structuur noodzakelijk vooraf gaat aan het handelen (Archer 1995). Vervolgens wordt de sociale structuur gereproduceerd of getransformeerd door het sociaal handelen, waarna de al dan niet gewijzigde structurele eigenschappen weer het kader vormen voor nieuwe handelingen (Bhaskar 1998, 36). Er is dus bij elke sociale handeling sprake van *voordien, gedurende en nadien*, zonder de noodzakelijke continuïteit van het menselijke handelen voor het voortbestaan van het sociale op te geven (Archer 1995). In deze opvatting is er daadwerkelijk sprake van een causale kracht die uitgaat van de sociale structuur, zoals verondersteld wordt in het geval van de fundamentele sociale oorzaken, zonder dat deze verschijnt als een onveranderlijk of dwangmatig gegeven. Sayer (2000) gebruikt voor dit proces van incorporatie en actieve verwerking de term *embodiment*.

De *ecosociale benadering* in de sociale epidemiologie vertoont sporen van deze opvatting (Krieger 2005). De ecosociale benadering maakt duidelijk dat het biologische dan wel de basis mag zijn van de fysieke mogelijkheden en beperkingen – en bijgevolg ook van het sociaal functioneren, maar dat het juist het sociaal functioneren van een individu binnen de samenleving is dat het biologische potentieel al dan niet tot ontwikkeling doet komen (Krieger 1994). Bij dit proces zijn sociale factoren geen natuurlijke exogene invloeden, maar de gevolgen van menselijk handelen, die op hun beurt het menselijk handelen sturen (Krieger 1994). *Embodiment* is ook hier het centrale concept voor het internaliseringproces van de biologische, materiële en sociale wereld van de geboorte tot de dood (Krieger 2001). *Pathways of embodiment* zijn het gevolg van het samenspel tussen (1) enerzijds sociale arrangementen van macht en

eigendom, die afhankelijk zijn van de patronen van productie, consumptie en reproductie en het individueel handelen sturen en (2) anderzijds de beperkingen en mogelijkheden van de fysieke constitutie, zoals die vorm krijgt door de evolutionaire geschiedenis van de soort, de ecologische context en de individuele levensloop (Krieger 2001). Vanuit het kritisch realistische begrippenapparaat kan men stellen dat de pathways of embodiment het gevolg zijn van *emergentie* – met name het proces waarbij de conjunctie tussen twee of meer reële factoren aanleiding geeft tot nieuwe objecten (Sayer 2000, 13). Een dergelijke invulling van de fundamentele sociale oorzaken vermijdt de valkuil van het sociaal determinisme.

3.2.2 *Fundamentele sociale oorzaken als relationele sociale systemen van middelenallocatie*

Vervolgens stelt zich de vraag welke reële sociale factoren precies kunnen worden beschouwd als fundamentele sociale oorzaken van ziekte. Er bestaat een relatie met *sociale middelen* (resources) – met name kennis, geld, macht, prestige of sociale verbondenheid, die mensen de mogelijkheid geven risico te vermijden en de gevolgen van ziekte te beperken (Link & Phelan 1996). Dergelijke middelen kunnen worden aanzien als vormen van kapitaal, in de brede betekenis die Bourdieu (2000) eraan geeft. De samenleving bestaat voor Bourdieu (1984) uit verschillende *institutionele velden* (bv. onderwijs, kunst, de familie, de economie, enz.). In ieder veld kunnen de betrokken actoren een bepaalde positie opbouwen door het voor dat veld specifieke *kapitaal* te accumuleren (Calhoun 2003, 697-9). Bourdieu onderscheidt drie algemene vormen van kapitaal: economisch (bv. geld en materiële middelen), cultureel (bv. prestige en voorrechten, o.a. ontleend aan een diploma) en sociaal (bv. sociale netwerken waarop men kan terugvallen) (1986). Deze algemene vormen van kapitaal dienen als medium om het verworven kapitaal uit een bepaald veld over te dragen naar andere maatschappelijke velden (Calhoun 2003). Actoren streven ernaar hun verdiensten uit het ene veld te verzilveren in andere domeinen (Calhoun 2003, 714-9). Het geaccumuleerde kapitaal verstrekt hen dus een bepaalde machtspositie. Bijvoorbeeld, de status van een diploma kan in het veld van de arbeid worden omgezet in bepaalde arbeidsomstandigheden en de accumulatie van materiële middelen.

Maar, wat is nu de precieze verhouding tussen de fundamentele sociale oorzaken en kapitaal? Link en Phelan (1995, 87) hanteren de volgende omschrijving: “[...] fundamental social causes [...] involve access to resources that can be used to avoid risks, or to minimize the consequences of disease once it occurs.”. Met fundamentele sociale oorzaken bedoelen Link en Phelan dus niet de middelen zelf, maar wel de mechanismen voor de *sociale allocatie* van middelen. Middelen, in de context van sociale gezondheidsverschillen hebben een invloed op het absolute gezondheidsniveau van een samenleving – bv. de rela-

tie tussen het absoluut inkomen en de volksgezondheid in ontwikkelingslanden (Wilkinson 1992). De middelen die worden bedoeld door Link en Phelan zijn van algemene aard waardoor ze verbonden zijn met verschillende nabijgelegen oorzaken van ziekte (Link & Phelan 1995). De fundamentele oorzaken, als systemen van middelenallocatie, hebben betrekking op deze algemene middelen. Zij hebben een invloed op sociale gezondheidsverschillen binnen een samenleving – vb. gezondheidsverschillen naar sociale klasse (Muntaner e.a. 2003). Omwille van hun fundamentele karakter bestaan ze los van de nabijgelegen oorzaken van specifieke aandoeningen. Met andere woorden, in een dynamisch sociaal systeem zullen de fundamentele sociale oorzaken in een veranderde context aanleiding geven tot de emergentie van nieuwe sociale gezondheidsverschillen door hun associatie met de nieuwe nabijgelegen oorzaken van ziekte (Link & Phelan 1996). Link en Phelan (1995, 87) sommen een aantal kandidaat-fundamentele oorzaken op – gender, etniciteit, SEP, maar worden nergens meer specifiek in de omschrijving van welke sociale factoren nu juist in aanmerking komen.

Voor de verdere kwalificatie van de fundamentele oorzaken is het van belang te onderstrepen dat de accumulatie van middelen in ieder maatschappelijk veld een dynamisch proces is. Voor Bourdieu (1990) krijgt de accumulatie van kapitaal vorm in een *relatie van strijd* rond de relevante middelen en doelstellingen van een maatschappelijk veld (Bourdieu 1990). De posities die in een bepaald veld worden opgebouwd kunnen in de vorm van algemeen kapitaal worden aangewend als startpositie voor de strijd in een ander veld (Calhoun 2003, 714-9). Het proces van strijd speelt zich af op verschillende analytische niveaus: in de eigen ervaringswereld, in intersubjectieve relaties tussen concrete actoren, in de organisatie van en de verhoudingen tussen formele en informele collectieve structuren (bv. familiebanden, maar ook de gezondheidszorg) en in de representatie in de vorm van kenmerken van identiteit, verbonden aan sociale posities (Anthias 1998).

De notie van strijd geeft de fundamentele sociale oorzaken een noodzakelijk *relationeel karakter*. De strijd vindt echter niet plaats in een maatschappelijk vacuüm. Hiertoe moet opnieuw worden verwezen naar het transformationeel model van sociaal handelen (Bhaskar 1998). De betrokken individuen en collectiviteiten kunnen terugvallen op bepaalde startposities, die vorm geven aan hun machtsbasis. Het betreft de sociale structuur – systemen van generatieve regels (Giddens 1993), zoals de genderrol of sociale klasse en een bepaalde mate van geaccumuleerd kapitaal (Bourdieu 1990). Iedere strijd leidt tot de reproductie of transformatie (Archer 1995) van de maatschappelijke startposities die dan weer de generatieve regels en middelen aanleveren voor een toekomstige strijd. Op die manier verschijnen de fundamentele sociale oorzaken als *relationele* systemen van middelenallocatie: ze worden constant gereproduceerd en getransformeerd in concreet maatschappelijk handelen.

4. Empirische categorieën en fundamentele oorzaken: een illustratie

De fundamentele sociale oorzaken bevinden zich in een open sociaal systeem. Het is onmogelijk deze sociale factoren te isoleren in gecontroleerde omstandigheden of eenvoudigweg af te meten uit het empirisch waarneembare (Sayer 2000, 17-9). Daarom is er nood aan een zorgvuldige conceptualisering (Sayer 2000, 19). Alleen dan kan door de methode van *abstrahering*, een grondige analyse van de onderliggende reële mechanismen, hun effecten en hun samenhang worden gedaan (Gijselincx 2002). Sayer (2000, 19) heeft daarom kritiek op sociaalwetenschappelijk onderzoek dat gebruik maakt van categorieën uit de administratieve statistiek, deze zijn vaak gebaseerd op slechte of incoherente abstracties van de fundamentele onderliggende sociale factoren.

Het gebruik van sociale indicatoren in het onderzoek naar SEGV vormt hierop geenszins een uitzondering. Als gevolg van onze omschrijving van fundamentele sociale oorzaken als *relationele sociale mechanismen van middelenallocatie* kunnen niet alle beschrijvende indicatoren van sociale stratificatie als dusdanig worden beschouwd. In deze paragraaf zullen we dit illustreren aan de hand van het concept sociaaleconomische positie, wat door Link en Phelan (1996) expliciet wordt genoemd als een fundamentele sociale oorzaak. We tonen aan dat SEP als dusdanig onbruikbaar is: het is meer een *paraplubegrip* waarin verschillende vormen van kapitaal en meerdere fundamentele sociale oorzaken vervat zitten. SEP is een empirisch concept, maar geen reëel sociaal mechanisme. Vervolgens wordt de definitie van een fundamentele sociale oorzaak concreet gemaakt door het sociale klassenproces – een van de onderdelen van SEP – als dusdanig voor te stellen.

4.1 De sociaaleconomische positie en fundamentele sociale oorzaken van ziekte

4.1.1 *Vormen van kapitaal in de sociale epidemologie*

De verschillende vormen van kapitaal uit het werk van Bourdieu (1986) kunnen als aanzet dienen voor de problematisering van SEP. Bourdieu's algemene vormen van kapitaal – economisch, cultureel en sociaal – duiken ook in het onderzoek naar sociale gezondheidsverschillen op.

Het economisch kapitaal is verbonden met de toegang tot materiële middelen die van belang zijn voor de gezondheid (Krieger 2001). Het gaat meer bepaald om de materiële eigenschappen van de leef- en werkomgeving, die rechtstreeks en onrechtstreeks (via psychosociale verwerkingsprocessen en individuele keuzemogelijkheden) een invloed hebben op de gezondheid. Het economisch kapitaal wordt op de meest zuivere manier voorgesteld door het finan-

cieel vermogen. Het vermogen is niet gelijk te stellen met het inkomen uit arbeid, het omvat ook andere inkomensbronnen, zoals rente, uitkeringen of huur en het geaccumuleerde vermogen dat wordt opgebouwd doorheen de levensloop en de opeenvolgende generaties (Braveman e.a. 2005).

Het culturele kapitaal omvat de status- en kennisgerelateerde dimensie. Traditioneel wordt in sociaalepidemiologisch onderzoek het opleidingsniveau als indicator gebruikt (Lahelma 2001). Nochtans is de opleiding niet te enige mogelijke bron van prestige (bv. ook succes als kunstenaar). Kennis en vaardigheden hebben een rechtstreekse invloed op de gezondheid, doorheen het bewustzijn over gezondheidsschadende factoren, preventieve maatregelen of medische behandelingen. Daarnaast is er een onrechtstreekse invloed via sociale accreditatiemechanismen, zoals diploma's, die toelaten het cultureel kapitaal om te zetten in andere vormen van kapitaal (bv. materieel) (Lahelma 2001).

Ten slotte is er sociaal kapitaal. Op het microniveau gaat het vooral om *sociale steun*: een reflectie van de aard en omvang van het sociale netwerk en de mate van wederkerigheid ervan (Szreter & Woolcock 2004). Sociale steun wordt verondersteld iemands mogelijkheden om het hoofd te bieden aan stressvolle situaties te verhogen (Corneil 1998). De belangrijkste toepassing ligt in de werksfeer, waar werd aangetoond dat de combinatie van hoge werkeisen met weinig controle over het werk én een gebrek aan sociale steun door collega's en oversten (*iso strain*) een belangrijke invloed op de gezondheid heeft (Siegrist & Theorell 2006)

4.1.2 *Vormen van kapitaal en de sociaaleconomische positie*

Galobardes e.a. (2006) definiëren SEP als: "de sociale en economische factoren die een invloed hebben op de positie van individuen en groepen binnen de structuur van de samenleving". Deze omschrijving laat toe om SEP te problematiseren als fundamentele sociale oorzaak op basis van twee argumenten.

Ten eerste is niet duidelijk welke "sociale en economische factoren" tot de omschrijving van SEP behoren. Traditioneel worden dan de sociale factoren die te maken hebben met het bezit van economisch en cultureel kapitaal genoemd: materiële middelen, posities binnen het arbeidsproces (beroepencategorieën) of het opleidingsniveau (o.a.: Lahelma 2001). Echter, ook sociaal kapitaal, als een individuele eigenschap, wordt in grote mate door dergelijke sociale relaties verdeeld (Baum & Ziersch 2003). Er is met andere woorden geen duidelijke specificatie van de middelen waarrond de sociale strijd woedt. Economisch en cultureel kapitaal worden in één adem vernoemd wanneer het over SEP gaat, terwijl er weinig argumenten bestaan om ook sociaal kapitaal niet mee op te nemen.

Ten tweede stelt zich de vraag naar welke reële sociale processen vorm geven aan SEP. Het aspect van cultureel kapitaal verwijst naar een andere sociale

strijd dan deze die zich afspeelt rond het economisch kapitaal. Bourdieu zou beide vormen van strijd in aparte, doch onderling verbonden, velden situeren. Volgens Parkin (1994) zijn er in de moderne kapitalistische samenleving twee algemene sociale instituties waarrond de strijd om de verdeling van middelen plaats vindt: *eigendom* en *kwalificaties* (o.a. diploma's). Het instituut van de eigendom behoort tot het economische veld. Kwalificaties (cultureel kapitaal) kunnen in meerdere maatschappelijke velden worden bekomen, waarvan het onderwijsveld het belangrijkste is. Parkin (1994) omschrijft de strijd rond eigendom en kwalificaties als *individualistische criteria van uitsluiting* (social closure). Deze vormen van strijd worden legitiem geacht in de hedendaagse samenleving omdat ze appelleren aan meritocratische principes (Parkin 1994). Daarnaast zijn er collectieve criteria van uitsluiting – op basis van toegeschreven kenmerken, onder andere gender of etniciteit – die eveneens een rol kunnen spelen (Parkin 1994). Volgens Parkin (1994) evolueert de samenleving in de richting van de individualistische criteria, maar er is nog sprake van een mengvorm. In de mate dus dat de algemene maatschappelijke middelen nog worden verdeeld volgens toegeschreven criteria van uitsluiting, geven ook zij vorm aan de SEP van individuen. Op die manier verschijnt de SEP als het resultaat – op een bepaald moment in de tijd – van de effecten van verschillende sociale systemen voor de allocatie van relevante vormen van kapitaal. Dikwijls wordt ook de term “Sociaaleconomische Status” (SES) gebruikt om het overkoepelende begrip aan te duiden. Echter, de term SEP dient geprefereerd te worden omdat SES ook een meer specifieke connotatie heeft als een specifiek onderdeel van SEP – namelijk die van een statushiërarchie die verwijst naar het maatschappelijk aanzien verbonden met de toegang tot goederen, maatschappelijke posities en kennis (Krieger 1997).

4.2 Een relationeel klassenconcept als fundamentele sociale oorzaak van ziekte

Om inzicht te krijgen in de fundamentele sociale oorzaken die aan de grondslag liggen van SEP, moet het concept verder worden uiteengehaald tot de relationele sociale systemen van middelenallocatie die eraan ten grondslag liggen. De klassieke onderdelen van SEP die in empirisch onderzoek naar SEGV opduiken zijn het opleidingsniveau, beroepencategorieën, inkomen of andere indicatoren van materiële welstand (Lahelma 2001). Toch kunnen ook de meeste empirisch waarneembare onderdelen van SEP maar ten dele als relationele sociale systemen van middelenallocatie worden beschouwd. Dikwijls gaat het eerder om administratieve of empirisch geconstrueerde classificaties, die niet eenduidig op één sociaal proces duiden. Het begrip sociale klasse voldoet daarentegen wel aan deze omschrijving. Zoals o.a. Clement & Myles (1994) en Spector (1995) aantonen heeft het concept sociale klasse, volgens een strikte definitie als een relationeel sociaal mechanisme binnen het productieproces,

nog steeds een belangrijke verklarende kracht met betrekking tot de middenverdeling en diverse vormen van sociale ongelijkheid in de hedendaagse samenleving. Dit ondanks breed verspreide opvattingen over de *decline of class* in de postindustriële samenleving (Bell 1973). Bovendien biedt het concept van sociale klasse een duidelijke illustratie van wat wordt bedoeld met een relationeel sociaal systeem van middelenallocatie. Echter, zoals uit het bovenstaande is gebleken, is de sociale klassenrelatie niet de enige fundamentele oorzaak van SEGV. Het empirisch waarneembare is namelijk het gevolg van het complexe samenspel tussen verschillende reële natuurlijke en sociale factoren. Hieronder wordt de invulling van sociale klasse als relationeel systeem van middelenallocatie verder uitgewerkt.

Een relationeel klassenbegrip is zelden toegepast in empirisch sociaalepidemiologisch onderzoek (Galobardes e.a. 2006). Sociale klasse wordt meestal teruggebracht tot een beroepenclassificatie (Krieger e.a. 1997). Beroepenclassificaties zijn indicatoren van sociale klasse in de mate dat ze verwijzen naar zeer specifieke wederzijds afhankelijke economische relaties tussen maatschappelijke groepen in het arbeidsproces. Maar, in de mate waarin beroepenclassificaties ook onderverdelingen maken volgens vaardigheden, kennis of prestige van werknemers, zit er ook een aspect van cultureel kapitaal in vervat (Lahelma 2001). Daarom mogen beroepenclassificaties niet gelijk worden gesteld met sociale klasse. Zelfs het sociologisch meest onderbouwde klassenschema dat is gebruikt in het onderzoek naar SEGV – het schema van E.O. Wright (Galobardes e.a. 2006) – voldoet maar ten dele aan de criteria. Het Wright-schema is gebaseerd op een onderscheid tussen drie vormen van uitbuiting: bezit van kapitaal (werkelijke economische eigendom), controle over de organisatie van het productieproces en bezit van vaardigheden (Wright 2000). Maar, omwille van de vaardighedendimensie beschouwen Scambler en Higgs (1999) het klassenschema van Wright slechts als *weakly relational*. Vanuit theoretisch oogpunt hebben ze hiermee een punt: in het Wright-schema is er sprake van twee relationele sociale processen, namelijk het klassenproces en de statusstrijd rond kwalificaties.

Een daadwerkelijk relationeel concept van sociale klasse moet zich concentreren op de strijd in het economische veld, die zich toespitst op de accumulatie van economisch kapitaal (Bourdieu 1986). Voor Resnick en Wolff (1987) is het centrale kenmerk van de strijd tussen sociale klassen de *toe-eigening van meerwaarde*. Meerwaarde kan omschreven worden als het deel van de opbrengst van de arbeid, ingezet in het productieproces (d.i. geïnvesteerd kapitaal), bovenop hetgeen noodzakelijk is voor de producent om te “overleven” (m.a.w. het loon) (Gibson-Graham e.a. 2000). Rond de toe-eigening van meerwaarde speelt zich een sociale strijd af tussen de bezitters van kapitaal¹ en diegenen die hun arbeidskracht aanbieden tegen een vooraf bepaalde vergoeding. De toe-eigening van meerwaarde is cruciaal bij deze sociale strijd in die zin dat bezitters van kapitaal ernaar streven de meerwaarde te maximaliseren –

hetgeen kan worden omschreven als een proces van *uitbuiting* (Wright 2000). Echter ook de “uitgebuiten” zijn niet machteloos: persoonlijke eigenschappen in de vorm van vaardigheden en ervaring, collectieve strategieën van werknemers en de structurele eigenschappen van de arbeidsmarkt bieden een tegenwicht voor het streven van kapitaalbezitters (Wright 2000). Er is met andere woorden sprake van een strijd tussen de betrokken individuele en collectieve actoren, die te maken heeft met hetgeen we hogerop hun initiële *startposities* hebben genoemd. Kapitaalbezitters ontlenen macht aan hun eigendom. Eigendom moet in deze context geïnterpreteerd worden als *kapitaal*, met name het soort eigendom dat wordt ingezet in het productieve proces van meerwaardecreatie (Parkin 1994). Werknemers ontlenen een zekere mate van macht aan eigenschappen die de prijs voor de inzet van hun arbeid als collectiviteit of als individuele actor kunnen opdrijven. De strijd tussen sociale klassen speelt zich dus af binnen het economische veld, rond het middel “eigendom” en wordt mee vorm gegeven door de interactie met andere sociale factoren (o.a. kenmerken van de arbeidsmarkt, de macht van werknemers, hun individuele eigenschappen).

Door de eigendom van kapitaalbezitters is er sprake van een asymmetrische economische relatie in de strijd om de meerwaardetoe-eigening en het recht om autoriteit uit te oefenen over de werknemers gedurende het arbeidsproces (Parkin 1994, Resnick & Wolff 1987). Het zijn deze elementen die van sociale klasse een fundamentele sociale oorzaak van ziekte maken. Sociale klasse is het relationele systeem van middelenallocatie dat in kaart brengt hoe de sociale relatie van uitbuiting en dominantie bij het realiseren van meerwaarde een invloed heeft op de gezondheid door de allocatie van materiële en psychosociale eigenschappen van het werk. Sociale klasse is daarom ook in de huidige samenleving een cruciaal mechanisme in het genereren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dit betekent uiteraard niet dat er geen andere mechanismen spelen in het ontstaansproces van SEGV.

5. Conclusie

In de overwegend op empirische beschrijving georiënteerde sociaalepidemiologische onderzoekdiscipline heeft de zoektocht naar verklaringen voor SEGV zich hoofdzakelijk gemanifesteerd als de identificatie van sociaal ongelijk verdeelde risicofactoren voor de gezondheid. Het geheel van risicofactoren neemt de vorm aan van een multicausaal model, een web van empirisch meetbare risicofactoren. Op deze benadering komt – vooral uit sociaalwetenschappelijke hoek – kritiek. Het webmodel wordt een gebrek aan aandacht verweten voor de achterliggende generatieve mechanismen, verantwoordelijk voor de sociale structurering van gezondheidsrisico's. In verschillende gedaanten duikt in de

literatuur het idee van achterliggende, fundamentele, sociale oorzaken van gezondheidsverschillen op.

In deze bijdrage is het concept van fundamentele sociale oorzaken van ziekte, zoals geïntroduceerd door Link en Phelan, van een sterkere sociaaltheoretische basis voorzien. Een belangrijk aandachtspunt is de relatie tussen de fundamentele sociale oorzaken – als deel van de sociale structuur – en de handlingsbekwaamheid van individuen. Aan de hand van de structuratietheorie van Giddens en het transformationeel model van menselijk handelen van Bhaskar wordt een uitweg uit het sociaal deterministische karakter van de fundamentele sociale oorzaken voorgesteld. Vervolgens wordt de precieze afbakening van het concept verder vormgegeven door het te omschrijven als *relationele sociale systemen van middelenallocatie*. Hierdoor worden fundamentele oorzaken onderscheiden van de (economische, culturele, sociale) middelen zelf, die in wezen neutraal staan tegenover sociale ongelijkheid in gezondheid. Door het relationele aspect te benadrukken verschijnen fundamentele oorzaken als dynamische sociale factoren die vorm krijgen in de sociale interactieprocessen doorheen de geschiedenis.

Het centrale betoog in dit artikel is dat een zorgvuldige conceptualisering van de sociale variabelen de enige manier is om door te dringen tot de echte oorzaken aan de grondslag van sociale gezondheidsverschillen. De oorzaken die in onderzoek worden aangehaald zijn vaak slechts de empirisch waarneembare resultaten van het samenspel tussen verschillende fundamentele sociale oorzaken. Dit werd geïllustreerd aan de hand van het begrip *sociaaleconomische positie*. Als tegenvoorbeeld wordt *sociale klasse* omschreven als het fundamentele sociale mechanisme dat: “... in kaart brengt hoe de sociale relatie van uitbuiting en dominantie bij het realiseren van meerwaarde invloed heeft op de gezondheid door de allocatie van materiële en psychosociale eigenschappen van het werk.”

De vraag die zich tenslotte stelt is hoe het relationele sociale klassenconcept kan worden geoperationaliseerd in een empirisch concept dat sterker aanleunt bij de fundamentele sociale oorzaken. Clement en Myles (1994) stellen een concrete operationalisering voor. Centrale factoren zijn voor hen de reële economische eigendom over de productiemiddelen en controle en toezicht over het werk van anderen. Met reële economische eigendom bedoelen ze de bevoegdheid over strategische beslissingen, zoals de organisatie van het productieproces of de bestemming van de gerealiseerde meerwaarde (Clement & Myles 1994). Dit zijn taken die kapitaalbezitters kunnen delegeren aan het topmanagement, zij dienen dus niet noodzakelijk formele eigenaars te zijn van de productiemiddelen. Controle en toezicht zijn taken die worden uitgevoerd door een aparte fractie van het werknemerskorps, de nieuwe middenklasse, die zelf geen (reële) eigendom over de productiemiddelen heeft (Clement & Myles 1994).

Naar onze mening moet in toekomstig onderzoek naar SEGV, vooraleer de empirische indicatoren te bepalen, eerst het proces van abstrahering tot de fundamentele sociale oorzaken worden doorlopen. Zoals geïllustreerd, zal dit leiden tot empirische indicatoren die veel sterker aansluiten bij de onderliggende reële sociale factoren. Deze sociologisch onderbouwde concepten kunnen dan in een causale relatie met de concrete risicofactoren worden bestudeerd in een verklaringsproces voor SEGV bestaande uit meerdere lagen.

NOOT

1. Kapitaalbezitters beperken zich niet tot “individuele kapitalisten”, het kunnen ook bedrijven zijn met een complexe eigendomsstructuur van natuurlijke en/of rechtspersonen of zelfs overheidsinstellingen.

BIBLIOGRAFIE

- Anthias F. (1998), Rethinking Social Divisions: Some Notes Towards a theoretical framework. *Sociological Review* 46(3), 505-35.
- Archer M., Bhaskar R., Collier A., Lawson T., Norrie A. (1998), *Critical Realism: Essential Readings*. London: Routledge.
- Archer M.S. (1995), *Realist social theory: the morphogenetic approach*. Cambridge: University Press.
- Archer M.S. (2000), *Being Human: The Problem of Agency*. Cambridge: University Press.
- Barker D.J.P. (1994), *Mothers, babies and disease in later life*. London: British Medical Journal.
- Bartley M. (1994), Unemployment and Ill Health – Understanding the Relationship. *J Epidemiol Community Health* 48(4), 333-7.
- Bartley M., Power C., Blane D., Smith G.D., Shipley M. (1994), Birth-Weight and Later Socioeconomic Disadvantage – Evidence from the 1958 British Cohort Study. *British Medical Journal* 309(6967), 1475-8.
- Baum F.E., Ziersch A.M. (2003), Social capital. *J Epidemiol Community Health* 57(5), 320-3.
- Beck M., Vanroelen C., Louckx F. (2002), *Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*. Brussels: VUBPRESS.
- Bell D. (1973), *The coming of post-industrial society*. New York: Basic Books.
- Berkman L.F., Kawachi I. (2000), Social cohesion, social capital and health. In *Social epidemiology*, ed. Berkman L.F., Kawachi I., 17:174-191 pp. Oxford: Oxford University Press. 174-191 pp.
- Bhaskar R. (1998 [1979]), *The possibility of naturalism. A philosophical critique of the contemporary human sciences*. London: Routledge.
- Bhaskar R. (1975), *A realist theory of science*. London: Verso.
- Bhaskar R. (1989), *Reclaiming reality*. London: Verso.
- Blane D. (2005), Cohort Profile: The Boyd Orr lifegrid sub-sample – medical sociology study of life course influences on early old age. *Int. J. Epidemiol.* 34(4), 750-4.

- Blane D., Netuveli G., Stone J. (2007), The development of life course epidemiology. *Revue D'Epidémiologie et de Santé Publique* 55(1), 31-8.
- Bloor M., Samphier M., Prior L. (1987), Artifact Explanations of Inequalities in Health – An Assessment of the Evidence. *Sociology of Health & Illness* 9(3), 231-64.
- Bossuyt N., Gadeyne S., Deboosere P., Van Oyen H. (2004), Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 118(1), 3-10.
- Bourdieu P. (2000 [1972]), *Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de trois études d'ethnologique Kabyle*. Paris: Seuil.
- Bourdieu P. (1984), *Homo academicus*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Bourdieu P. (1986), The forms of capital. In *The handbook of theory and research for the sociology of education*, ed. Richardson J.G., 241-258 pp. New York: Greenwood Press. 241-258 pp.
- Bourdieu P. (1990), *The logic of practice*. Cambridge: Polity.
- Braveman P.A., Cubbin C., Egerter S., Chideya S., Marchi K.S., Metzler M., Posner S. (2005), Socioeconomic Status in Health Research: One Size Does Not Fit All. *JAMA* 294(22), 2879-88.
- Calhoun C. (2003), Pierre Bourdieu. In *The Blackwell Companion to Major Classical Social Theorists*, ed. Ritzer G., 23:696-729 pp. Oxford: Blackwell Publishing. 696-729 pp.
- Clement W., Myles J. (1994), *Relations of ruling. Class and gender in postindustrial societies*. Québec: McGill-Queens University Press.
- Coburn D. (2004), Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine* 58(1), 41-56.
- Cornell D.W. (1998), Social Support. In *Encyclopaedia of occupational health and safety*, ed. Stellman J.M., Geneva: ILO.
- Dahlgren G., Whitehead M. (1993), *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health*. London, King's Fund, Ditchley Park, Oxfordshire.
- Dahlgren G., Whitehead M. (2006), *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Rep. 3*, World Health Organization, Copenhagen.
- Elstad J.I. (1996), How large are the differences – really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health & Illness* 18(4), 475-98.
- Elstad J.I. (1998), The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health & Illness* 20(5), 598-618.
- Elstad J.I. (2000), *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo: NOVA – Norwegian Social Research.
- Elstad J.I., Krokstad S. (2003), Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social Science & Medicine* 57(8), 1475-89.
- Ferrie J.E. (1999), Health consequences of job insecurity. In *Labour market changes and job insecurity. A challenge for social welfare and health promotion*, ed. Ferrie J.E., Marmot M.G., Griffiths J., Ziglio E., 4:59-99 pp. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. 59-99 pp.
- Forbes A., Wainwright S.P. (2001), On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. *Social Science & Medicine* 53(6), 801-16.
- Galobardes B., Shaw M., Lawlor D.A., Lynch J.W., Smith G.D. (2006), Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 60(1), 7-12.
- Gibson-Graham J.K., Resnick S.A., Wolff R.D. (2000), *Class and its others*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Giddens A. (1993 [1976]), *New rules of sociological method*. London: Hutchinson.
- Gijssels C. (2002), Kritisch realisme en sociologisch onderzoek. *Tijdschrift voor Sociologie* 23(1), 21-43.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2003), Epidemiology and social determinants of health inequalities. *Revue D Epidemiologie et de Sante Publique* 51(4), 381-401.
- Graham H. (2000), The challenge of health inequalities. In *Understanding Health Inequalities*, ed. Graham H., 1:3-21 pp. Buckingham, Philadelphia: Open University Press. 3-21 pp.
- Graham H. (2002), Building an interdisciplinary science of health inequalities: the example of life course research. *Sociale Science and Medicine* 55, 2005-16.
- Hardon S. (2004), *Socialeconomische gezondheidsverschillen in België. Een stand van zaken. Een analyse van de Belgische gezondheidsenquête 2001*. Eindverhandeling. Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Hardy R., Kuh D. (2005), Social and environmental conditions across the life course and age at menopause in a British birth cohort study. *BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112(3), 346-54.
- House J.S., Lepkowski J.M., Kinney A.M., Mero R.P., Kessler R.C., Herzog A.R. (1994), The Social-Stratification of Aging and Health. *Journal of Health and Social Behavior* 35(3), 213-34.
- Johnson A.G. (2000), *The Blackwell dictionary of sociology. A user's guide to sociological language*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Kane P. (1994), *Women's health: from womb to tomb*. London: MacMillan.
- Kaplan G.A. (2004), What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make It Better? *Epidemiol Rev* 26(1), 124-35.
- Karasek R. (1998), Demand/Control Model: A social, emotional and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In *Encyclopaedia of occupational health and safety*, ed. Stellman J.M., Geneva: ILO.
- Krieger N. (2000), Epidemiology and social sciences: Towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev* 22(1), 155-63.
- Krieger N. (2001), A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 55(10), 693-700.
- Krieger N, Williams DR, Moss NE. (1997), Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health* 18, 341-78.
- Krieger N. (1994), Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Sociale Science and Medicine* 39(7), 887-903.
- Krieger N. (2005), Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 59(5), 350-5.
- Kuh D., Ben Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J., Power C. (2003), Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 57(10), 778-83.
- Kuh D., Wadsworth M. (1989), Parental Height – Childhood Environment and Subsequent Adult Height in A National Birth Cohort. *Int. J. Epidemiol.* 18(3), 663-8.
- Kuh D.J.L., Cooper C. (1992), Physical-Activity at 36 Years – Patterns and Childhood Predictors in A Longitudinal-Study. *J Epidemiol Community Health* 46(2), 114-9.
- Lahelma E. (2001), Health and social stratification. In *The blackwell companion to medical sociology*, ed. Cockerham W.C., 4:65-93 pp. Oxford: Blackwell Publishers. 65-93 pp.
- Leveque K. (2006), Exclusion in kind and in mind. Een sociologisch onderzoek naar het verband tussen armoede en depressie vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief. Universiteit Antwerpen.

- Link B.G., Phelan J. (1995), Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80-94.
- Link B.G., Phelan J.C. (1996), Understanding sociodemographic differences in health – The role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health* 86(4), 471-3.
- Louckx F., Vanroelen C., Beck M. (2001), Socio-economic differences in health and access to health care. *Archives of Public Health* 59, 239-63.
- Lynch J. (2000), Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science & Medicine* 51(7), 1001-5.
- Lynch J., Smith G.D., Harper S., Hillemeier M., Ross N., Kaplan G.A., Wolfson M. (2004), Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly* 82(1), 5-99.
- MacIntyre S. (1997), The Black Report and beyond: What are the issues? *Social Science & Medicine* 44(6), 723-45.
- MacIntyre S., Ellaway A., Cummins S. (2002), Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine* 55(1), 125-39.
- MacIntyre S., Maciver S., Sooman A. (1993), Area, Class and Health – Should We be Focusing on Places Or People. *Journal of Social Policy* 22, 213-34.
- Mackenbach J.P., Looman C.W.N., van der Meer J.B.W. (1996), Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: The effect on inequalities in prevalence rates. *Am J Public Health* 86(5), 706-11.
- McKinlay J.B., Marceau L.D. (1999), A tale of 3 tails. *American Journal of Public Health* 89(3), 295-8.
- McLeod J.D., Kessler R.C. (1990), Socioeconomic-Status Differences in Vulnerability to Undesirable Life Events. *Journal of Health and Social Behavior* 31(2), 162-72.
- Muntaner C. (2004), Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health – Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *Int. J. Epidemiol.* 33(4), 674-80.
- Muntaner C., Borrell C., Benach J., Pasarín M.I., Fernandez E. (2003), The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int. J. Epidemiol.* 32(6), 950-8.
- Parkin F. (1994), Marxism and class theory: a bourgeois critique. In *Class, Race & Gender. Social stratification in sociological perspective*, ed. Grusky D.B., 141-154 pp. Boulder: Westview Press. 141-154 pp.
- Peersman W. (2000), Gezondheid. In *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2000*, ed. Vranken J., Geldof D., Van Menxel G., Van Ouytsel J., 6:205-216 pp. Leuven: Acco. 205-216 pp.
- Pickett K.E., Pearl M. (2001), Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 55(2), 111-22.
- Pill R., Peters T.J., Robling M.R. (1995), Social-Class and Preventive Health Behavior – A British Example. *J Epidemiol Community Health* 49(1), 28-32.
- Pless I.B. (1994), *The epidemiology of childhood illness*. New York: Oxford University Press.
- Power C., Matthews S., Manor O. (1996), Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: Lifetime social circumstances or social mobility? *British Medical Journal* 313(7055), 449-53.
- Psillos S. (1999), *Scientific realism: How science tracks truth*. London: Routledge.
- Putnam R.D. (2000), *Bowling Alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Resnick S.A., Wolff R.D. (1987), *Knowledge and Class. A Marxian Critique of Political Economy*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Rosen G. (1993), *A history of public health*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Sayer A. (2000), *Realism and Social Science*. London: Sage Publications.
- Scambler G. (2000), Critical Realism, Sociology and Health Inequalities: Social Class as a Generative Mechanism and its Media of Enactment. *Journal of Critical Realism*, 35-42.
- Scambler G., Higgs P. (1999), Stratification, Class and health: Class Relations and Health Inequalities in High Modernity. *Sociology* 33(2), 275-96.
- Schnittker J., Mcleod J.D. (2005), The social psychology of health disparities. *Annual Review of Sociology* 31, 75-103.
- Schrijvers C.T.M., Van de Mheen H.D., Stronks K., Mackenbach J.P. (1998), Socio-economic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology* 27, 1011-8.
- Siegrist J. (2002), Effort-reward imbalance at work and health. In *Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, ed. Perrewé P.L., Ganster D.C., 261-291 pp. Amsterdam: JAI Elsevier. 261-291 pp.
- Siegrist J., Theorell T. (2006), Socio-economic position and health. The role of work and employment. In *Social Inequalities in Health. New Evidence and Policy Implications*, ed. Siegrist J., Marmot M., 4:73-100 pp. Oxford: Oxford University Press. 73-100 pp.
- Spector A. (1995), Class-Structure and Social-Change – the Contradictions of Class Relations in Advanced Capitalist-Society. *Sociological Inquiry* 65(3-4), 329-38.
- Stephens A., Feldman R.J., Kunz S., Owen N., Willemsen G., Marmot M. (2002), Stress responsivity and socioeconomic status – A mechanism for increased cardiovascular disease risk? *European Heart Journal* 23(22), 1757-63.
- Stephens A., Pollard T.M. (1998), Selected Acute Physiological Outcomes. In *Encyclopaedia of occupational health and safety*, ed. Stellman J.M., Geneva: ILO.
- Stronks K., Van de Mheen H.D., Mackenbach J.P. (1993), Achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een overzicht van de literatuur en een onderzoeksmodel. In *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, ed. Raes V., Kerkhofs E., Louckx F., 1:11-26 pp. Brussels: VUBPRESS. 11-26 pp.
- Susser M., Susser E. (1996), Choosing a future for epidemiology. 1. Eras and paradigms (vol. 86, pg. 658, 1996). *Am J Public Health* 86(8), 1093.
- Szreter S., Woolcock M. (2004), Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int. J. Epidemiol.* 33(4), 650-67.
- Townsend P., Davidson N. (1982), *Inequalities in health. The black report*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M. (1992), *Inequalities in health: the black report and the health divide*. London: Penguin Books.
- Twisk J.W.R., Snel J., de Vente W., Kemper H.C.G., van Mechelen W. (2000), Positive and negative life events: the relationship with coronary heart disease risk factors in young adults. *Journal of Psychosomatic Research* 49(1), 35-42.
- Valkonen T. (1999), The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes. In *Health and mortality. Issues of global concern. Proceedings of the symposium on health and mortality, Brussels, 19-22 november 1997*, ed. Chamie J., Cliquet R.L., Brussels: United Nations Secretariat – Department of economic and social affairs-population division.
- Van De Mheen H., Stronks K., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. (1998), Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *J Epidemiol Community Health* 52(1), 15-9.
- Wadsworth M.E.J. (1997), Health inequalities in the life course perspective. *Social Science & Medicine* 44(6), 859-69.

- Wagstaff A., van Doorslaer E. (2000), Income inequality and health: What does the literature tell us? *Annual Review of Public Health* 21, 543-67.
- Wilkinson R.G. (1992), National Mortality-Rates – the Impact of Inequality. *Am J Public Health* 82(8), 1082-4.
- Wilkinson R.G. (1996), *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson R.G. (2006), The impact of inequality. *Social Research* 73(2), 711-32.
- Wright E.O. (2000), *Class counts: student edition*. Cambridge: Cambridge University Press.