

**Universiteit Utrecht**  
**Faculteit Sociale Wetenschappen**

# **BACHELORTHESIS**

Studiejaar 2012-2013

Studie Sociologie

**Informele zorg en gezondheid:  
Gebruik maken van de zelfredzaamheid van personen  
of het creëren van een risicogroep?**

Marije Hofland 3366456

Caroline van Kleij 3673170

Begeleider:  
Dr. T. H. M. Huijts

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	3
<b>Abstract</b>	4
<b>1. Inleiding</b>	5
<b>2. Theorie en hypothesen</b>	9
2.1 <i>Informeel sociaal kapitaal, informele zorg en subjectieve gezondheid</i>	9
2.1.1 <i>Informeel sociaal kapitaal en subjectieve gezondheid</i>	10
2.2 <i>Inkomen en subjectieve gezondheid</i>	11
2.3 <i>Compensatie van weinig informeel sociaal kapitaal door inkomen</i>	11
2.4 <i>Compensatie door formeel sociaal kapitaal en opleiding</i>	12
<b>3. Methoden</b>	15
3.1 <i>Data</i>	15
3.2 <i>Operationalisering variabelen</i>	16
3.2.1 <i>Subjectieve gezondheid</i>	16
3.2.2 <i>Inkomen</i>	16
3.2.3 <i>Informeel sociaal kapitaal</i>	17
3.2.4 <i>Formeel sociaal kapitaal</i>	18
3.2.5 <i>Opleiding</i>	18
3.2.6 <i>Controlevariabelen</i>	19
3.3 <i>Beschrijvende statistieken</i>	20
3.4 <i>Analyse</i>	21
3.4.1 <i>Risicogroepen</i>	21
3.4.2 <i>Normaliteit</i>	24
3.4.3 <i>Modellen</i>	25
<b>4. Resultaten</b>	27
4.1 <i>Vershil in informeel sociaal kapitaal in subjectieve gezondheid met betrekking tot inkomen</i>	27
4.2 <i>Vershil in informeel sociaal kapitaal en inkomen in subjectieve gezondheid met betrekking tot opleiding en formeel kapitaal</i>	29
<b>5. Conclusie</b>	31
5.1 <i>Conclusie</i>	31

<i>5.2 Theoretische en praktische implicaties</i>	35
<i>5.3 Methodologische beperkingen</i>	35
<i>5.4 Sterke punten van het onderzoek</i>	37
<i>5.5 Beleidsimplicaties</i>	38
<b>6. Literatuurlijst</b>	40

## **Voorwoord**

Deze scriptie is de afronding van de bachelorfase binnen de studie Sociologie. Dit betekent ook het einde van onze bachelorfase aan de Universiteit Utrecht binnen de Faculteit Sociale Wetenschappen. Het doen van een eigen onderzoek is een uiterst interessante en goede ervaring omdat alle beoogde leerdoelen van de studie moeten worden toegepast.

Graag danken wij Dr. T. H. M. Huijts voor de goede begeleiding en uitstekende ondersteuning die hij ons gedurende deze periode gegeven heeft. De uitgebreide feedback die wij ontvingen was essentieel voor de voortgang binnen de bachelorthesis. Alle vragen die we hadden werden snel en accuraat beantwoord.

Tot slot nog een woord van dank richting familie en vrienden die ons tijdens deze periode hebben bijgestaan en ondersteund. Dit waarderen wij heel erg.

## **Abstract**

*Achtergrond:* Het doel van dit onderzoek was onderzoeken of het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen zou zorgen voor een risicogroep met een slechte subjectieve gezondheid. Daarnaast werd gekeken of dit negatieve effect gecompenseerd kon worden door middel van formeel sociaal kapitaal en opleiding.

*Methoden:* De gebruikte data komt uit de European Social Survey (ESS). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de eerste ronde (editie 6.3) uit 2002. Er is gekozen voor een steekproef van personen uit Nederland van 25 jaar en ouder. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruikt gemaakt van kruistabellen en lineaire regressiemodellen.

*Resultaten:* Informeel sociaal kapitaal en inkomen hebben een significant positief effect op gezondheid. Informeel sociaal kapitaal blijkt pas positief samen te hangen met de subjectieve gezondheid wanneer het inkomen van een persoon hoog is. Uit de kruistabellen komt maar een zeer kleine risicogroep naar voren. Uit de regressietabellen blijkt dat formeel sociaal kapitaal een positief significant effect heeft op de subjectieve gezondheid en dat opleiding geen significant effect heeft op subjectieve gezondheid. Echter kunnen zowel formeel sociaal kapitaal als opleiding niet compenseren voor het negatieve effect op de subjectieve gezondheid dat ontstaat door het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen.

*Conclusie:* De risicogroepen die ontstaan zijn zeer klein. Ook is gebleken dat zowel formeel sociaal kapitaal als opleiding niet kunnen compenseren voor het negatieve effect van het behoren tot de risicogroep op de subjectieve gezondheid. Het is van belang dat dit onderzoek nogmaals herhaald wordt, maar dan met minder methodologische beperkingen. Daarnaast kan binnen vervolgonderzoek gekeken worden naar andere factoren die een eventuele risicogroep zouden kunnen veroorzaken, voorkomen of compenseren.

*Trefwoorden:* *Informeel sociaal kapitaal, inkomen, subjectieve gezondheid, risicogroep, formeel sociaal kapitaal, opleiding*

## 1. Introductie

De Nederlandse regering gaf begin 2012 aan dat de manier waarop de zorg in Nederland geregeld is niet meer houdbaar zou zijn (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Met niet meer houdbaar bedoelt de Nederlandse regering dat de zorg volgens haar te duur wordt. De kosten van de gezondheids- en welzijnszorg bedroegen in 2011 omstreeks 90,0 miljard euro. In vergelijking met 2010 zijn deze kosten gestegen met 3,2 procent (CBS, 2012).

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kwam tot de conclusie dat er niet genoeg werkende mensen zijn om de kosten van de gezondheidszorg op te vangen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Het voorstel van het VWS was dan ook dat hulpbehoevende mensen meer in hun eigen zorg moeten gaan voorzien. Zij moeten bijvoorbeeld hun Persoons Gebonden Budget (PGB) besteden aan betaalde mantelzorg en ook over het algemeen meer gebruik gaan maken van mantelzorgers, vrijwilligers en andere vangnetten binnen de eigen gemeente. Deze vormen van gezondheidszorg worden onder het begrip ‘informele zorg en ondersteuning’ geschaard (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012).

Informele zorg wordt door de overheid gezien als hét fundament van de zorg en zij wil dit fundament versterken zodat de gezondheidszorg volgens haar bestand is tegen de toekomst. Verder wordt in ‘Beleidsagenda 2004: Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg’ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003) ook een aantal keer herhaald dat beoogd wordt de eigen verantwoordelijkheid van de Nederlandse burgers te vergroten. Deze ‘verantwoordelijkheid’ betekent volgens Knijn (2004) dat problemen van de overheid steeds meer bij de burger worden neergelegd en dat een groot deel van de bevolking weer aangewezen zal zijn op zorg door de familie.

Het is echter de vraag of iedereen voldoende in staat is om informele zorg te verkrijgen. Dit zou bijvoorbeeld een probleem kunnen zijn voor mensen met weinig informeel sociaal kapitaal. Met informeel sociaal kapitaal worden bijvoorbeeld de sociale banden bedoeld die mensen hebben met familie, vrienden, burens en collega’s (Bourdieu, 1983). Dat mensen niet altijd op hun persoonlijke netwerk kunnen terugvallen vanwege gebrek aan sociaal kapitaal blijkt ook uit onderzoek van Komter en Vollebergh (2002). Er wordt geconcludeerd dat niet iedereen in dezelfde mate voor zorg in aanmerking komt binnen zijn of haar persoonlijke netwerk. Komter en Vollebergh (2002) deden onderzoek naar informele solidariteit en constateerden dat familieleden twee keer zoveel hulp ontvangen als vrienden. Daarnaast blijkt uit onderzoek van socioloog Cheal (2002) dat mensen zelf bepalen wie zij als familie beschouwen. Hierdoor worden mensen binnen familienetwerken ingesloten en uitgesloten van zorg. Wie uitgesloten wordt krijgt geen zorg, maar ook degenen die wel ingesloten zijn ontvangen niet in gelijke mate zorg (Knijn, 2004).

Mensen met weinig informeel sociaal kapitaal zouden eventueel hun zorg nog kunnen inkopen. Het gebrek aan informeel sociaal kapitaal kunnen zij dan compenseren met hun inkomen. Zij kunnen bijvoorbeeld iemand betalen om huishoudelijke hulp te bieden, in plaats van voor deze

huishoudelijke hulp terug te moeten vallen op mensen uit het informele netwerk, zoals familieleden. Maar wat gebeurt er als de mensen met weinig informeel sociaal kapitaal ook de mensen met een laag inkomen zijn? Zij zullen dan tot een risicogroep gaan behoren die bestaat uit mensen die de kosten voor de gezondheidszorg niet langer kunnen dragen en ook geen gebruik kunnen maken van informele zorg, door het gebrek aan informeel sociaal kapitaal. Dit zou negatieve gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van deze mensen en daarmee ook voor de Nederlandse samenleving.

Uit onderzoek van Oyen, Debrosere, Lorant en Charafeddine (2011) blijkt bijvoorbeeld dat een slechte gezondheid een factor is voor sociale ontsparing van een individu. Een slechte gezondheid heeft voor een individu namelijk zowel economische als sociale gevolgen. Men kan bijvoorbeeld te maken krijgen met loonverlies, arbeidsongeschiktheid, isolement, sociale uitsluiting of een combinatie hiervan. Daarnaast zijn er de lichamelijke gevolgen voor het individu, zoals het hebben van een verslechterde conditie, en kunnen er ook psychische gevolgen zijn. Zo blijkt uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat mensen die zich gezond voelen, tevredener en gelukkiger zijn dan anderen (CBS, 2009).

Uit het rapport 'Maatschappelijke baten' van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2010) blijkt dat gezonde burgers ook voor de samenleving van cruciaal belang zijn. Zo draagt een goede volksgezondheid bij aan de economische groei van de samenleving, minder arbeidsongeschiktheid en vermindering van de kosten die voortvloeien uit ziekteverzuim. Tevens zorgt een goede volksgezondheid voor meer maatschappelijke participatie.

De vraag is of er daadwerkelijk een risicogroep zal ontstaan van mensen die geen gebruik kunnen maken van de voor hen benodigde informele zorg. Een dergelijke groep zou, zoals al eerder genoemd is, kunnen bestaan uit mensen met een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen. Wanneer er factoren zijn die het negatieve effect hiervan op de gezondheid zouden kunnen compenseren, zal er geen risicogroep hoeven ontstaan. Wat betreft deze factoren zou er kunnen worden gedacht aan formeel sociaal kapitaal en opleiding. Mensen kunnen door het volgen van een opleiding namelijk belangrijke capaciteiten ontwikkelen voor het latere leven, zoals een gezondere levensstijl (Ross & Mirowsky, 1999). Daarnaast kan formeel sociaal kapitaal mensen bepaalde normen en rituelen bieden. Iemand gaat bijvoorbeeld twee keer in de week naar het buurthuis en één keer in de week naar een vrijwilligersorganisatie. Lidmaatschap van een vrijwilligersorganisatie zou bij uitstek een positief effect hebben op de mentale en fysieke gezondheid (Thoits & Hewitt, 2001).

Ook zijn compenserende factoren als formeel sociaal kapitaal en opleiding vanuit beleidsperspectief zeer interessant. Investeren in opleiding en formeel sociaal kapitaal hoeft de overheid namelijk niet veel extra geld te kosten omdat zij al bezig is met het investeren in opleiding en formeel sociaal kapitaal. Zo wil de overheid in 2013 bijvoorbeeld 1,2 miljard investeren in onderwijs (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2013). Tevens zijn er in Den Haag verschillende 'buurthuizen van de toekomst' geopend. In deze buurthuizen werken culturele instellingen, sportclubs en andere organisaties met elkaar samen (Gemeente Den Haag, 2013). Deze buurthuizen worden dus

voor verschillende doeleinden gebruikt en kunnen mensen zo verschillende vormen van formeel sociaal kapitaal bieden. De overheid hoeft dus geen nieuwe en dure beleidsmaatregelen in te voeren om toch te kunnen investeren in de opleiding en het formeel sociaal kapitaal van haar burgers. Ze kan dit doen met al bestaande beleidsplannen.

Dit onderzoek zal ook bijdragen aan de wetenschappelijke kennis over de relatie tussen informeel sociaal kapitaal, inkomen, gezondheid en eventuele compenserende factoren. Er is al veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen formeel sociaal kapitaal en gezondheid en naar de relatie tussen inkomen en gezondheid (o.a. Kawachi, Kennedy & Glass, 1999; Mantzavinis, Trikalinos, Dimoliatis, & Ioannidis, 2006). Het effect van informeel sociaal kapitaal op de gezondheid is ook al eerder onderzocht, maar op sommige punten zijn er nog onduidelijkheden. Zo melden Zunzunegui, Kone, Johri, Beland, Wolfson en Bergman (2004) dat ze verwachten dat in landen in Noord-Europa men positiever staat tegenover minder onderlinge afhankelijkheid. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat dat het verband tussen informeel sociaal kapitaal en de gezondheid anders is dan in Zuid-Europese landen. Binnen het huidige onderzoek, hier gepresenteerd aan de lezer, wordt gekeken naar de resultaten op dit gebied binnen Nederland. Nederland is een land binnen Noord-Europa en het zou binnen Nederland dus zo kunnen zijn dat men minder afhankelijk is van zijn sociale netwerk voor informele zorg. Hierdoor zou het zo kunnen zijn dat de relatie tussen informeel sociaal kapitaal en gezondheid binnen Nederland zwakker is dan voor de Zuid-Europese landen binnen het onderzoek van Zunzunegui et al. (2004). Dit onderzoek zou dan ook aanvullend kunnen zijn op eerder onderzoek en wellicht wat onduidelijkheden kunnen verhelderen. Verder is er ook nog niet eerder specifiek onderzocht in hoeverre inkomen kan compenseren voor een gebrek aan informeel sociaal kapitaal, en of opleiding en formeel sociaal kapitaal hulpbronnen zijn die een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen kunnen compenseren. Dit onderzoek biedt dus nieuwe kennis.

Uit alle bovenstaande informatie volgt de volgende onderzoeksvraag:

*“In hoeverre heeft het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen een effect op de subjectieve gezondheid van een individu en in welke mate kan dit effect worden gecompenseerd door factoren zoals formeel sociaal kapitaal en opleiding?”*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zullen eerst twee deelvragen worden gesteld die trachten in kaart te brengen in hoeverre er in Nederland een groep mensen bestaat met weinig informeel sociaal kapitaal, een slechte subjectieve gezondheid en al dan niet een laag inkomen.

*1. In hoeverre bestaat er een groep mensen met zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een slechte subjectieve gezondheid?*

Met het beantwoorden van deze vraag wordt getracht een eventuele risicogroep in kaart te brengen. Hierbij wordt met de term risicogroep geduid op de groep mensen die eventueel negatieve gevolgen ondervindt aan haar subjectieve gezondheid, doordat ze niet de benodigde informele zorg kan verkrijgen door een gebrek aan informeel sociaal kapitaal.



*2. In hoeverre heeft de groep mensen met een slechte subjectieve gezondheid een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen?*

Met het beantwoorden van deze vraag wordt getracht de eerder genoemde eventuele risicogroep uitgebreider in kaart te brengen. Binnen het beantwoorden van deze vraag wordt gekeken naar het verband tussen het inkomen en de subjectieve gezondheid van deze eventuele risicogroep.

Vervolgens zullen deelvraag drie en vier worden gesteld om daadwerkelijk hypothesen te kunnen toetsen.

*3. In hoeverre kan het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid gecompenseerd worden door inkomen?*

Eerder werd aangeduid dat mensen met weinig informeel sociaal kapitaal hun zorg wellicht wel kunnen inkopen, wanneer zij wel over een gemiddeld of hoog inkomen beschikken. In welke mate inkomen het gebrek aan informeel sociaal kapitaal kan compenseren zal hier worden onderzocht.

*4. In hoeverre kunnen factoren als formeel sociaal kapitaal en opleiding compenseren voor het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen op de subjectieve gezondheid?*

Dat hulpbronnen als formeel sociaal kapitaal en opleiding een positief effect hebben op de subjectieve gezondheid van mensen blijkt uit verschillende onderzoeken (o.a. Giordano, Björk & Lindström, 2012; Kawachi et al., 1999; Mantzavinis et al., 2006). In hoeverre deze hulpbronnen het gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen zouden kunnen compenseren is echter nog niet specifiek onderzocht.

## 2. Theorie en hypothesen

### 2.1 *Informeel sociaal kapitaal, informele zorg en gezondheid*

In dit onderzoek wordt er gekeken naar het informeel sociaal kapitaal van mensen als middel om informele zorg te verkrijgen. Om te begrijpen hoe dit mechanisme werkt en hoe informeel sociaal kapitaal positief gerelateerd zou kunnen zijn aan subjectieve gezondheid, is het van belang om eerst te weten wat er überhaupt met sociaal kapitaal wordt bedoeld. Daarna kan specifiekere gekeken worden naar informeel sociaal kapitaal in verband met het verkrijgen van informele zorg en daarna in relatie tot subjectieve gezondheid.

Eén van de eerste onderzoekers die zich bezig hield met sociaal kapitaal was Bourdieu. Hij definieerde sociaal kapitaal als (zoals geciteerd in Portes, 1998) “het totaal van de daadwerkelijke of potentiële hulpbronnen die zijn gekoppeld aan het bezit van een duurzaam netwerk van min of meer geïnstitutionaliseerde relaties van wederzijdse kennissen of herkenning” (p. 3). Tegenwoordig is er al veel meer onderzoek gedaan naar sociaal kapitaal. Uit onderzoek van Grootaert, Narayan, Jones en Woolcock (2004) blijkt dat sociaal kapitaal wordt gedefinieerd als een netwerk van sociale relaties die kunnen worden ingezet om doelen te bereiken en om voordelen mee te behalen. Uit vele wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat sociaal kapitaal ongelijk verdeeld is over mensen. Dit komt door factoren als geslacht, leeftijd, etniciteit en sociale klasse (Ferlander & Timms, 2001). Deze ongelijke verdeling van de verschillende vormen van sociaal kapitaal zou volgens Baum en Ziersch (2003) tot nog meer ongelijkheid in gezondheid kunnen leiden. De laatste jaren is er steeds meer interesse voor de relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid (Ferlander, 2007). Empirische studies hierover zijn vaak gebaseerd op het werk van Durkheim. Hij toonde aan dat wanneer mensen sterker geïntegreerd zijn in groeperingen, het aantal zelfmoorden lager is dan wanneer men minder geïntegreerd is in groeperingen. Hoe beter men geïntegreerd is in een groepering, hoe meer men de normen van deze groepering zal naleven. Wanneer de norm heerst dat zelfmoord plegen uit den boze is zal men dus ook minder zelfmoord plegen, Durkheim (1951, zoals aangehaald in Ultee, Arts & Flap, 2009). Sinds die tijd wordt sociaal kapitaal gelinkt aan mentale en fysieke gezondheid (Ferlander, 2007).

Hoewel de term ‘sociaal kapitaal’ vaak in zijn algemeenheid wordt gebruikt, is het van belang om te weten dat er onderscheid valt te maken tussen formeel en informeel sociaal kapitaal (Pichler & Wallace, 2007). Met formeel sociaal kapitaal wordt het participeren in maatschappelijke organisaties bedoeld (Putnam, 2000). Een voorbeeld hiervan is het betrokken zijn bij een vrijwilligersorganisatie (Huijts & Kraaykamp, 2012). Met informeel sociaal kapitaal worden de sociale banden bedoeld die mensen hebben met bijvoorbeeld familie, vrienden, burens en collega’s (Bourdieu, 1983). Omdat mensen voor informele zorg vaak afhankelijk zijn van mensen uit hun informele netwerk, zoals familie, vrienden, burens en collega’s, is het concept informeel sociaal kapitaal voor dit onderzoek het meest van belang. Er zal daarom nu eerst worden ingegaan op de relatie tussen informeel sociaal

kapitaal en subjectieve gezondheid.

### *2.1.1 Informeel sociaal kapitaal en gezondheid*

Volgens Huijts en Kraaykamp (2012) kunnen er vijf mechanismen worden onderscheiden waardoor informeel en formeel sociaal kapitaal gelinkt kunnen worden aan een goede gezondheid. Het eerste mechanisme is het hebben van persoon tot persoon contact door de interactie met andere mensen. Dit zou een positief effect kunnen hebben op de gezondheid, doordat het stress kan verminderen (Seeman, 1996; Seeman et al., 2004). Het tweede mechanisme is het hebben van betere kansen op sociale ondersteuning. Mensen ontvangen hulp bij het maken van beslissingen, ontvangen informatie over gezondheidszorg, krijgen emotionele ondersteuning, fysieke hulp en geld van anderen in hun sociale netwerk (House, Landis, & Umberson, 1988; Uchino, 2006). Het derde mechanisme is sociale beïnvloeding en sociale controle. Doordat er sociale normen worden gecreëerd over aan gezondheid gerelateerd gedrag, zal het aangemoedigd worden om gedrag te vertonen dat je gezondheid bevordert (Broman, 1993; Umberson, 1987). Het vierde mechanisme is de promotie van sociale betrokkenheid. Mensen worden door hun informele netwerk betrokken bij sociale activiteiten (Borgonovi, 2008). Het vijfde en laatste mechanisme is het verkrijgen van toegang tot materiële bronnen en goederen. Een voorbeeld hiervan is de toegang tot de gezondheidszorg.

In dit onderzoek wordt informeel sociaal kapitaal gezien als middel om informele zorg te verkrijgen. Van de bovengenoemde mechanismen is dus vooral mechanisme twee, het krijgen van sociale ondersteuning, van belang. Het krijgen van emotionele ondersteuning, fysieke hulp en geld van mensen uit het informele sociale netwerk kan immers als informele zorg worden gezien. Deze sociale ondersteuning, of informele zorg, is weer positief gerelateerd aan de gezondheid van mensen. Hoe meer informeel sociaal kapitaal iemand heeft, hoe meer informele zorg iemand kan ontvangen en hoe beter iemand zijn gezondheid is. Het tegenovergestelde is dus ook van toepassing. Hoe minder informeel sociaal kapitaal iemand heeft, hoe minder informele zorg iemand kan ontvangen en hoe slechter iemand zijn gezondheid zal zijn.

Naast theoretische verwachtingen zijn er ook wetenschappelijke bevindingen die dit ondersteunen. Over de relatie tussen informeel sociaal kapitaal en gezondheid vinden Huijts en Kraaykamp (2012) dat in bijna alle landen individueel informeel sociaal kapitaal positief gerelateerd is aan gezondheid. Ook na controle voor andere bekende gezondheidsdeterminanten worden nog positieve verbanden gevonden tussen informeel sociaal kapitaal en gezondheid (Giordano et al., 2012). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Cramm, van Dijk en Nieboer (2012) dat informeel sociaal kapitaal significant gerelateerd is aan de gezondheid van ouderen. Dit valt te relateren aan ander onderzoek, waaruit blijkt dat sociaal geïsoleerde individuen een enorm vergroot risico lopen op een slechte gezondheid (Kawachi et al., 1999). Dit komt volgens de onderzoekers door hun beperkte toegang tot instrumentele hulp, informatie en emotionele steun.

## *2.2 Inkomen en gezondheid*

Naast informeel sociaal kapitaal kan ook inkomen gebruikt worden om informele zorg te verkrijgen. Het idee dat inkomen een middel kan zijn om informele zorg te verkrijgen is gebaseerd op klassieke theorieën die het hebben over het bereiken van bepaalde doelen middels hulpbronnen. Voorbeelden van deze theorieën zijn onder andere de beginselen van Hobbes (1969, zoals aangehaald in Ultee, Arts & Flap, 2009). Deze beginselen stellen dat alle mensen aversies en verlangens hebben. Zij kunnen dichter bij de uiteindelijke doelen van hun verlangens komen door inzet van bepaalde middelen. Daarnaast zegt ook Smith (1937, zoals aangehaald in Ultee et al., 2009) dat goederen die personen zelf niet gebruiken verruild kunnen worden tegen goederen die ze ontberen. Hierbij zouden beschikbare hulpbronnen of ongebruikte goederen van een persoon dus ingezet kunnen worden om een goede gezondheid te bewerkstelligen. Tevens komt in het onderzoek van Smith (1937, zoals aangehaald in Ultee et al., 2009) naar voren dat een ernstig gebrek aan inkomen kan leiden tot afhankelijkheid, gebrek aan zelfrespect en ongezondheid. Naar aanleiding hiervan stelt hij dat een opheffing van het ernstige gebrek aan inkomen zou kunnen zorgen voor een vergroting van het geluk en de levensverwachting.

Deze klassieke theorieën bieden dus een basis voor de verwachting dat er een relatie bestaat tussen inkomen en gezondheid. Of deze relatie ook echt bestaat en hoe deze eruit ziet moet blijken uit meer recent onderzoek. Uit onderzoek van Mackenbach, Martikainen, Looman, Dalstra, Kunst en Lahelma (2005) komt bijvoorbeeld naar voren dat er een relatie bestaat tussen inkomen en een goede gezondheid. Een hoger inkomen wordt binnen een huishouding geassocieerd met een betere gezondheid, onder zowel mannen als vrouwen. Tevens blijkt dat na controle voor andere socio-economische indicatoren voor gezondheid de associatie tussen inkomen en gezondheid nog steeds enorm sterk is (Stronks, van de Mheen, van den Bos, & Mackenbach, 1997). Deze relatie wordt door verschillende mechanismen binnen de theorie verklaard. Allereerst kan deze relatie verlopen via het feit dat een gebrek aan inkomen zorgt voor relatieve deprivatie in vergelijking met de referentiegroep (Yngwe, Fritzell, Lundberg, Diderichsen, & Burstrom, 2003). Dit zou zorgen voor stressvolle situaties en dit heeft op zijn beurt weer een negatief effect op de gezondheid. Daarnaast is de verwachting binnen dit onderzoek, hier gepresenteerd aan de lezer, dat de benodigde zorg met inkomen kan worden ingekocht en niet verkregen hoeft te worden via het informele sociale netwerk.

## *2.3 Compensatie van weinig informeel sociaal kapitaal door inkomen*

Binnen het theoretisch kader is al eerder naar voren gekomen dat een gebrek aan informeel sociaal kapitaal een negatief effect zou kunnen hebben op de gezondheid. Tevens is voorgesteld dat dit effect gecompenseerd zou kunnen worden door andere beschikbare hulpbronnen. De vraag is echter in hoeverre inkomen kan compenseren voor een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en of dit voor iedereen en op elk niveau toepasbaar zal zijn. Zo stellen Nolan en Lenski (1999) bijvoorbeeld dat sommige leden van een samenleving meer hulpbronnen hebben dan andere leden.

Om erachter te komen in hoeverre inkomen het gebrek aan informeel sociaal kapitaal kan compenseren, moet eerst duidelijk worden gemaakt wat precies het onderliggende mechanisme is dat er voor zorgt dat inkomen kan compenseren voor een gebrek aan informeel sociaal kapitaal. Mensen die een gebrek aan informeel sociaal kapitaal hebben kunnen de voor hen benodigde informele zorg niet of moeilijk verkrijgen via hun sociale netwerk. Wanneer deze mensen een gemiddeld tot hoog inkomen hebben kunnen ze deze naar verwachting wel verkrijgen. Ze kunnen met het geld dat ze verdienen namelijk de benodigde informele zorg inkopen. Wanneer iemand bijvoorbeeld door ziekte niet meer in staat is zichzelf te wassen kan er iemand worden betaald om dit voor hem of haar te doen. Een persoon die voldoende inkomen heeft om voor informele zorg te betalen, hoeft voor deze zorg dus niet meer terug te vallen op zijn sociale netwerk. Het inkomen vervangt het sociale netwerk en het gebrek aan informeel sociaal kapitaal wordt op deze manier dus gecompenseerd door inkomen. Dit mechanisme zal niet in werking treden wanneer mensen een laag inkomen hebben. Er is dan niet genoeg geld om informele zorg te kunnen inkopen en het gebrek aan informeel sociaal kapitaal kan dan dus niet worden gecompenseerd door inkomen.

*Hieruit volgt de verwachting dat het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid zwakker wordt naarmate men een hoger inkomen heeft (H1).*

#### *2.4 Compensatie door formeel sociaal kapitaal en opleiding*

Eerder is al beschreven dat hoe minder informeel sociaal kapitaal iemand heeft, hoe minder informele zorg die persoon kan ontvangen en hoe slechter zijn gezondheid zal zijn. Tevens is aangehaald dat naast informeel sociaal kapitaal ook inkomen een middel zou kunnen zijn om informele zorg te verkrijgen. Echter blijkt uit onderzoek dat mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal vaak ook de mensen met een laag inkomen zijn (Engbersen, 2006). Wellicht kan inkomen dus niet altijd compenseren voor een gebrek aan informeel sociaal kapitaal, omdat sommige mensen te lage inkomens hebben. Er zijn naar verwachting nog andere factoren die dit wel kunnen. Hierbij kan worden gedacht aan formeel sociaal kapitaal en opleiding als compenserende factoren. Dit zijn namelijk factoren die als compensatie en hulpbronnen worden gezien in veel voorgaande theorieën binnen onderzoek (o.a. Putnam, 1995; Stronks et al., 1997; Winkleby, Jatulis, Frank, & Fortmann, 1992; Huijts & Kraaykamp, 2012; Cramm et al., 2012). Om erachter te komen in hoeverre formeel sociaal kapitaal en opleiding het gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen kunnen compenseren, moet eerst duidelijk worden gemaakt wat precies de onderliggende mechanismen hierbij zouden kunnen zijn.

Mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen kunnen de voor hen benodigde informele zorg niet of moeilijk verkrijgen via hun sociale netwerk of via geld. Het niet kunnen verkrijgen van deze zorg zou een negatief effect kunnen hebben op de gezondheid van deze mensen. Wanneer deze mensen wel over formeel sociaal kapitaal beschikken zullen zij naar verwachting geen negatief effect hoeven ondervinden aan hun gezondheid. Het hebben van formeel

sociaal kapitaal leidt wellicht namelijk tot goede normen over de gezondheid, verkregen door participatie binnen een maatschappelijke organisatie (Putnam, 1995). Formeel sociaal kapitaal kan zich daarnaast ook uiten door participatie binnen een vrijwilligersorganisatie. Lidmaatschap van een vrijwilligersorganisatie zou namelijk bij uitstek een positief effect hebben op de mentale en fysieke gezondheid (Thoits & Hewitt, 2001). Participatie binnen een vrijwilligersorganisatie zorgt voor intrinsieke en extrinsieke voldoening en voor gevoelens van zelfwaarde, zelf-effectiviteit, geluk en voldoeningaspecten van een positieve mentale gezondheid (Jahoda, 1958). Deze factoren zorgen vervolgens weer voor een goede gezondheid. Wanneer men via formeel kapitaal kan zorgen voor een goede gezondheid, zal het niet uitmaken dat iemand een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen heeft. Men heeft immers informeel sociaal kapitaal en inkomen niet nodig om informele zorg te verkrijgen, omdat ze een betere gezondheid hebben. Het negatieve effect dat het gebrek aan zowel inkomen als informeel sociaal kapitaal heeft op de gezondheid wordt dus gecompenseerd door formeel kapitaal.

*Hieruit volgt de verwachting dat het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid zwakker wordt naarmate men meer formeel sociaal kapitaal heeft (H2).*

Het is nu duidelijk hoe formeel sociaal kapitaal kan compenseren voor een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen. Welk mechanisme er voor zorgt dat opleiding kan compenseren voor een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen is nog niet duidelijk en zal nu worden toegelicht.

Zoals eerder gesteld kunnen mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen de benodigde informele zorg niet of moeilijk kunnen verkrijgen via hun sociale netwerk of via geld. Dit zou kunnen leiden tot een slechtere gezondheid. Wanneer deze mensen echter wel over opleiding beschikken zullen zij naar verwachting geen negatief effect hoeven ondervinden aan hun gezondheid. Dit valt te relateren aan de verwachting van Ross en Mirowsky (1999) over het verband tussen opleiding en gezondheid. Zij stellen namelijk dat het aantal jaren scholing gerelateerd is aan effectieve capaciteiten die veel levensomstandigheden vormen, en die uiteindelijk hun effect hebben op de gezondheid. Met deze capaciteiten bedoelen zij een fulltime betaalde baan, economische welvaart, persoonlijke controle, sociale steun en het belangrijkste, een gezonde levensstijl. Zij concluderen dan ook dat opleiding zorgt voor belangrijke capaciteiten voor het latere leven, maar dat vooral de capaciteit van een gezonde levensstijl die volgt op opleiding zou zorgen voor een betere gezondheid. Het volgen van een opleiding zorgt dus voor een gezondere levensstijl en dit zorgt weer voor een betere gezondheid.

Wanneer via opleiding gezorgd kan worden voor een betere gezondheid, zal het niet uitmaken dat mensen een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen hebben. Ze hebben vanwege deze goede gezondheid namelijk ook geen informele zorg nodig. Het negatieve effect dat het gebrek aan zowel inkomen als informeel sociaal kapitaal heeft op de gezondheid wordt dus gecompenseerd door

opleiding.

*Hieruit volgt de verwachting dat het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid zwakker wordt naarmate men een hogere opleiding volgt (H3).*

### 3. Methoden

#### 3.1 Data

Het databestand dat gebruikt zal worden is de European Social Survey (ESS). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de eerste ronde (editie 6.3) uit 2002. Er is voor deze ronde gekozen omdat dit de enige ronde is waarin formeel sociaal kapitaal naar voren komt. Formeel sociaal kapitaal is voor dit onderzoek een belangrijke variabele. De Norwegian Social Science Data Services heeft de data verdeeld en gearchiveerd. Verder bevat dit databestand informatie over informeel sociaal kapitaal, opleiding, inkomen en de subjectieve gezondheid van de respondenten. Ook deze variabelen zijn voor dit onderzoek van belang.

De ESS is een academisch gericht sociaal onderzoek met als doel het in kaart brengen van de veranderende instituties, houdingen, overtuigingen en gedragspatronen van de populatie van Europa. Het ontwerp en de afnameprocedure van dit sociaal onderzoek voldoen aan hoge standaarden. Dit sociaal onderzoek is vervolgens gedaan onder de populatie van meer dan twintig landen. De responsratio moest een vereist minimum van 70% behalen en er waren strenge protocollen wat betreft het vertalen van vragen. Tevens zijn de steekproeven strikt willekeurig getrokken uit de populatie van deze twintig landen. Om de data te kunnen verzamelen werden face-to-face interviews gehouden van ongeveer een uur. Na deze interviews volgde een korte aanvullende enquête (Norwegian Social Science Data Service, 2012). Uit onderzoek van Saris en Gallhofer (2003) blijkt dat de kwaliteit van de vragen gemiddeld vrij goed is. De betrouwbaarheidscoëfficiënt is over alle landen en onderwerpen genomen 0,858 en de validiteitscoëfficiënt is 0,966.

Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de data met betrekking tot Nederland, omdat de hoofd- en deelvragen binnen dit onderzoek betrekking hebben op de Nederlandse bevolking. De data voor Nederland zijn verzameld door het GfK Panel Services uit een selectie van 3570 adressen. De steekproef zou representatief moeten zijn voor Nederlanders vanaf vijftien jaar die wonen in privé huishoudens in Nederland, ongeacht hun nationaliteit, taal, rechtspositie of burgerschap. Binnen Nederland was de responsratio 67,85 procent, dit komt dus neer op 2364 respondenten (Norwegian Social Science Data Service, 2012). Voor de analyses zal alleen de informatie worden gebruikt van respondenten die 25 jaar of ouder zijn. Dit wordt gedaan omdat men vanaf deze leeftijd het hoogste niveau van opleiding zal hebben bereikt (RIVM, 2013). Door deze selectie blijven er 2170 respondenten over (91,8% van de oorspronkelijke dataset). Wanneer alleen de gegevens worden gebruikt van de respondenten die op alle in dit onderzoek gebruikte variabelen geen ontbrekende waarden scoren, blijven er 2161 respondenten over (99,6% van de voor leeftijd gecorrigeerde dataset).



### *3.2 Operationalisering variabelen*

Alle variabelen zullen geoperationaliseerd moeten worden om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Binnen de operationalisering wordt gekeken naar onafhankelijke en afhankelijke variabelen. De afhankelijke variabele hier is de subjectieve gezondheid. De onafhankelijke variabelen zijn inkomen, informeel sociaal kapitaal, formeel sociaal kapitaal en opleiding. Daarnaast wordt er gekeken naar de controlevariabelen leeftijd, geslacht, woonsituatie, burgerlijke staat en deelname aan religie. Alle variabelen zullen hieronder worden toegelicht.

#### *3.2.1 Subjectieve gezondheid*

De afhankelijke variabele binnen dit onderzoek is de variabele subjectieve gezondheid. Uit verschillende eerdere onderzoeken is gebleken dat de voorspellende kracht van de subjectieve gezondheid vergelijkbaar is voor verschillende sociale groepen en dat subjectieve gezondheid een goede voorspeller is voor mortaliteit en morbiditeit (o.a. Idler & Benyamini, 1997; Huisman, van Lenthe, & Machenbach, 2007; Huijts & Kraaykamp, 2012). Binnen de ESS werd aan de respondenten gevraagd hoe zij hun eigen gezondheid beoordelen en zij konden kiezen uit de categorieën heel slecht (gecodeerd als 0), slecht (1), redelijk (2), goed (3) of heel goed (4). In dit onderzoek wordt een dichotome variant van de variabele gebruikt. De categorieën slecht en heel slecht worden daarom samengevoegd en krijgen de waarde 0. De categorieën redelijk, goed en heel goed worden ook samengevoegd en krijgen de waarde 1. Er is besloten de variabele dichotoom te maken, omdat de risicogroepen zo beter in kaart kunnen worden gebracht. De eerste deelvraag van dit onderzoek luidt namelijk; in hoeverre bestaat er een groep mensen met zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een slechte subjectieve gezondheid? Het gaat dus puur om het onderscheid tussen een goede en slechte subjectieve gezondheid. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Huijts en Kraaykamp (2012) dat het gebruik van deze variabele in plaats van de categorische variant niet tot andere conclusies zal leiden. De variabele bevat één ontbrekende waarde die zal worden verwijderd.

#### *3.2.2 Inkomen*

Binnen de vragenlijst van de ESS wordt met betrekking tot inkomen gevraagd naar het totale netto inkomen van het huishouden van de respondent. De respondenten kunnen vervolgens kiezen uit twaalf categorieën bekeken per week, maand of jaar. De variabele bevatte veel ontbrekende waarden (245) en om deze reden is er besloten de variabele zo aan te passen dat er drie categorieën ontstaan met geldige waarden. Zo werd er onder andere een categorie 'ontbrekende waarden' gemaakt, zodat er geen informatie verloren zou gaan. De drie dummies die worden onderscheiden zijn 'laag inkomen' (€0 tot €230 netto per week), 'hoog inkomen' (€230 netto per week en meer) en ontbrekende waarden. Er is besloten niet met meer categorieën te werken, omdat de risicogroepen op deze manier beter in kaart kunnen worden gebracht. De tweede deelvraag luidt namelijk; in hoeverre heeft de groep mensen met een slechte subjectieve gezondheid een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen?

Het gaat hier dus om het verschil tussen een gebrek aan inkomen (ook wel laag inkomen) of geen gebrek aan inkomen (ook wel een hoog inkomen). Daarnaast zullen de overige analyses beter interpreteerbaar zijn wanneer de variabele uit drie categorieën bestaat.

Om te bepalen welke respondenten er in de categorie 'laag inkomen' moeten vallen is gebruik gemaakt van het sociaal minimum. Volgens het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2013) ligt het sociaal minimum in 2013 voor alleenstaanden van 23 jaar en ouder op €51,21 bruto per dag, voor een alleenstaande ouder op €63,70 bruto per dag en voor gehuwden/gelijkgestelden op €67,56 bruto per dag. Het sociaal minimum is het bedrag dat iemand ten minste nodig heeft om in zijn of haar levensonderhoud te kunnen voorzien. Om deze bedragen om te rekenen naar bedragen per week moeten de bedragen vermenigvuldigd worden met vijf (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2013). De bedragen van het sociaal minimum verschillen per huishouden. In dit onderzoek zal hier geen rekening mee worden gehouden, omdat de huishoudgrootte geen invloed heeft op de toegang tot zorg voor een individu. Iemand uit een groot gezin die zijn been breekt zal niet meer formele zorg ontvangen dan iemand die alleen woont en zijn been breekt. Het bedrag dat in dit onderzoek als sociaal minimum wordt gezien is daarom €212,88 netto per week. Dit is berekend door het gemiddelde van de drie genoemde bedragen te nemen en deze te vermenigvuldigen met vijf. Dit geeft een bedrag van €304,12 bruto per week. De in dit onderzoek gebruikte variabele inkomen is gebaseerd op netto bedragen per week en daarom moet er nog een vertaalslag worden gemaakt van bruto naar netto. Een precieze berekening per respondent zou rekening moeten houden met belastingen en dergelijke; dat reikt voor dit onderzoek te ver. De omrekening van bruto naar netto wordt in dit onderzoek dan ook grof gedaan door 70% van het bruto bedrag te nemen. Als 70% van €304,12 genomen komt dit uit op €212,88. De eerste categorieën die de ESS gebruikt zijn €0 tot 70 netto per week en €70 tot 230 netto per week. Alle inkomens onder de €230 netto per week worden daarom binnen dit onderzoek dan ook als 'laag inkomen' gezien.

### *3.2.3 Informeel sociaal kapitaal*

Om de mate van het individuele informeel sociaal kapitaal te kunnen meten wordt de vraag gesteld hoe vaak iemand op sociaal vlak afspreekt met vrienden, familieleden of collega's. De antwoordcategorieën gaan van nooit (gecodeerd als 0), minder dan eens in de maand (1), eens in de maand (2), meerdere keren per maand (3), eens per week (4), meerdere keren per week (5) tot elke dag (6). De risicogroep, die in kaart moet worden gebracht om deelvraag één en twee van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, kan beter worden vastgesteld als er een duidelijke scheiding is tussen mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en mensen die dit niet hebben. Daarom is ervoor gekozen een dichotome versie van de variabele informeel sociaal kapitaal te creëren. Wanneer men eens in de maand of minder met iemand afspreekt, wordt dit binnen dit onderzoek gezien als een gebrek aan informeel sociaal kapitaal. De personen waarmee men maar eens in de maand of minder contact heeft, zullen namelijk waarschijnlijk niet de personen zijn die iemand indien nodig informele

zorg kunnen of willen leveren. Een persoon heeft in dit onderzoek dus een gebrek aan informeel sociaal kapitaal wanneer deze persoon 0, 1 of 2 scoort. Wanneer men 3, 4, 5 of 6 scoort heeft men geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal. De variabele zal dus bestaan uit een categorie mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal (0) en mensen met geen gebrek aan sociaal kapitaal (1). De variabele bevat geen ontbrekende waarden.

#### *3.2.4 Formeel sociaal kapitaal*

Er werd met betrekking tot twaalf typen vrijwilligersorganisaties<sup>1</sup> aan de respondenten gevraagd of zij lid waren van een dergelijke organisatie gedurende de afgelopen twaalf maanden, of ze hadden geparticipeerd in deze organisatie gedurende de afgelopen twaalf maanden, of ze geld hadden gedoneerd aan deze organisatie gedurende de afgelopen twaalf maanden en of ze vrijwilligerswerk hadden gedaan voor deze organisatie gedurende de afgelopen twaalf maanden.

Om het individuele formeel sociaal kapitaal te kunnen meten wordt er gekeken naar de actieve participatie van een persoon in een vrijwilligersorganisatie. Alle respondenten die participeerden in minimaal één vrijwilligersorganisatie of die vrijwilligerswerk deden voor deze soort organisatie gedurende de afgelopen twaalf maanden worden gezien als actieve participanten in een vrijwilligersorganisatie en krijgen code 1. De respondenten die niet minimaal voor één vrijwilligersorganisatie vrijwilligerswerk deden of participeerden in de afgelopen twaalf maanden krijgen code 0. Uit onderzoek van Huijts en Kraaykamp (2012) blijkt dat actief participeren in meer dan één vrijwilligersorganisatie geen aanzienlijke extra voordelen oplevert voor de hoeveelheid formeel sociaal kapitaal van een persoon. Deze variabele bevat geen ontbrekende waarden en hier wordt dan ook niets mee gedaan.

#### *3.2.5 Opleiding*

Wat betreft opleiding werd gevraagd wat het hoogste niveau van opleiding was van de respondent. Met betrekking tot Nederland onderscheidt de ESS dertien verschillende opleidingsniveaus, variërend van basisschool niet afgemaakt tot tertiaire educatie. In dit onderzoek zal de variabele opleiding echter continu worden gemaakt, omdat dit de latere analyses overzichtelijker maakt. Met het oog op de interacties is het niet praktisch om erg veel categorieën te hebben. De continue variabele opleidingsniveau zal laten zien hoeveel jaren succesvol onderwijs een respondent heeft genoten. Om de dertien categorieën om te kunnen zetten naar het aantal jaren succesvol onderwijs wordt de indeling

---

<sup>1</sup> Twaalf typen vrijwilligersorganisaties (ESS, 2002): 1. Sport/buiten activiteiten club 2. Culturele/hobby activiteiten organisatie 3. Vakbond 4. Zaken/beroep/boeren organisatie 5. Consument/auto organisatie 6. Humanitaire organisatie 7. Milieu/vrede/dier organisatie 8. Religieuze/kerk organisatie 9. Politieke partij 10. Wetenschap/educatie/leraren organisatie 11. Sociale club 12. Overige vrijwilligersorganisatie

van Van Eijck en De Graaf (2001)<sup>2</sup> gebruikt. Deze indeling bestaat uit tien categorieën en de ESS hanteert er dertien. Er is daarom besloten de categorie ‘basisschool niet afgemaakt’ te zien als zes jaar succesvol onderwijs, de categorie ‘tertiaire postwetenschappelijke educatie’ als twintig jaar succesvol onderwijs en de categorie ‘tweede deel van tertiaire educatie’ ook als twintig jaar succesvol onderwijs. De variabele bevat één ontbrekende waarde en deze zal worden verwijderd.

### 3.2.6 Controlevariabelen

De gebruikte controlevariabelen binnen dit onderzoek zijn leeftijd, geslacht, woonsituatie, burgerlijke staat en deelname aan religie. Deze variabelen zijn namelijk van invloed op zowel de subjectieve gezondheid van mensen als op informeel en formeel sociaal kapitaal (Huijts & Kraaykamp, 2012). Mensen op leeftijd, alleenstaanden, niet getrouwen, weduwen/weduwenaars, gescheiden personen en personen die weinig deelnemen aan religieuze diensten zouden mogelijk een kleiner sociaal netwerk hebben en dus ook over minder informeel en formeel sociaal kapitaal beschikken.

De variabelen leeftijd, geslacht, woonsituatie, burgerlijke staat en deelname aan religie worden hieronder kort uitgewerkt. Allereerst wordt de variabele leeftijd gemeten in jaren, waarbij dus enkel wordt gekeken naar de respondenten van minimaal 25 jaar. Deze variabele bevat geen ontbrekende waarden. De variabele geslacht is verdeeld in de categorieën man en vrouw. Hierbij krijgt de categorie man de code 0 en de categorie vrouw de code 1. Ook de variabele geslacht bevat geen ontbrekende waarden. Woonsituatie is een variabele die binnen de ESS keek naar hoeveel personen er in het huishouden wonen van een respondent. Binnen dit onderzoek is er voor gekozen om enkel te kijken naar of iemand alleen woont of niet; de variabele is dus opnieuw ingedeeld. Hierbij krijgt alleen wonen de code 1 en niet alleen wonen de code 0. Deze variabele bevat geen ontbrekende waarden. Wat betreft de variabele burgerlijke staat worden vier dummy variabelen onderscheiden, namelijk getrouwd, uit elkaar/gescheiden, weduwe/weduwnaar of nooit getrouwd. Weinig respondenten bleken ‘uit elkaar’ te zijn (0,6%) en daarom is deze categorie samengevoegd met de categorie ‘gescheiden’. De variabele burgerlijke staat bevat vijf ontbrekende waarden en deze zullen worden verwijderd. De laatste controlevariabele is deelname aan religie en deze meet hoe vaak iemand religieuze diensten bijwoont. Hierbij zijn de categorieën variërend van nooit met de code 0 tot en met elke dag met de code 6. De variabele bevat twee missende waarden en deze zullen worden verwijderd.

---

<sup>2</sup> Indeling opleidingsniveau (Van Eijck & De Graaf, 2001) 1. Lagere school / vglo (6 jaar succesvol onderwijs) 2. Lbo, vbo (10 jaar succesvol onderwijs) 3. Mavo, ulo, mulo (10 jaar succesvol onderwijs) 4. Kort mbo (11 jaar succesvol onderwijs) 5. Volledig mbo (12 jaar succesvol onderwijs) 6. Havo, mms (11 jaar succesvol onderwijs) 7. Vwo, hbs (12 jaar succesvol onderwijs) 8. Hbo, kandidaats (15 jaar succesvol onderwijs) 9. Wo (17 jaar succesvol onderwijs) 10. Post-academisch (20 jaar succesvol onderwijs)

### 3.3 Beschrijvende statistieken

In de onderstaande tabellen staan de variabelen en de bijbehorende beschrijvende statistieken weergegeven. Van elke variabele staan de steekproefgrootte, minimumwaarde, maximumwaarde, gemiddelde en standaarddeviatie vermeld.

Tabel 1: Beschrijvende statistieken

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard- Deviatie
Subjectieve gezondheid	0	1	0,95	0,22
Inkomen (netto per week)				
Laag	0	1	0,10	0,30
Hoog	0	1	0,78	0,41
Ontbrekende waarden	0	1	0,12	0,32
Informeel sociaal kapitaal (gebrek aan ISK=0)	0	1	0,90	0,30
Formeel sociaal kapitaal	0	1	0,49	0,50
Opleiding (in jaren)	6	20	11,57	2,98
Leeftijd	25	95	50,62	15,49
Geslacht (vrouw=1)	0	1	0,57	0,50
Woonsituatie	0	1	0,24	0,43
Burgerlijke staat				
Getrouwd	0	1	0,62	0,49
Uit elkaar/gescheiden	0	1	0,09	0,28
Weduwe/weduwenaar	0	1	0,11	0,31
Nooit getrouwd	0	1	0,19	0,39
Deelname aan religie	0	6	1,23	1,54

N = 2161

Bron: European Social Survey (2002).

### 3.4 Analyse

#### 3.4.1 Risicogroepen

Voor de hypothesen getoetst gaan worden, zal eerst moeten worden bepaald in hoeverre er risicogroepen bestaan met betrekking tot een slechte subjectieve gezondheid. De eerste deelvraag binnen dit onderzoek luidt namelijk; in hoeverre bestaat er een groep mensen met zowel weinig informeel sociaal kapitaal als een slechte subjectieve gezondheid? De tweede deelvraag binnen dit onderzoek luidt; in hoeverre heeft de groep mensen met een slechte subjectieve gezondheid zowel een gebrek aan informeel sociaal inkomen als een laag inkomen? Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn twee kruistabellen gemaakt die kijken naar de samenhang tussen de afhankelijke variabele subjectieve gezondheid en de onafhankelijke variabelen informeel sociaal kapitaal en inkomen. Daarnaast is een trivariate kruistabel gemaakt die kijkt naar de samenhang tussen subjectieve gezondheid en de combinatie van inkomen en informeel sociaal kapitaal. Deze kruistabellen laten zien welk percentage van de mensen zowel binnen een bepaalde categorie van één variabele, als binnen een andere categorie van één andere variabele vallen. Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden naar hoe hoog het percentage mensen is die hun gezondheid als slecht beoordeelden en weinig informeel sociaal kapitaal hebben.

De eerste kruistabel laat de samenhang tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal zien. Uit de theorie kwam de verwachting naar voren dat mensen met weinig informeel sociaal kapitaal, geoperationaliseerd als eens in de maand of minder sociaal contact, behoren tot de risicogroep die een slechtere subjectieve gezondheid heeft. Uit kruistabel 1 blijkt dat 23,4% van de respondenten met een slechte subjectieve gezondheid een gebrek aan informeel sociaal kapitaal heeft. Het percentage mensen met een goede subjectieve gezondheid en een gebrek aan informeel sociaal kapitaal ligt daarentegen veel lager, dit is namelijk 9,5%. De risicogroep van mensen met een slechte subjectieve gezondheid en een gebrek aan informeel sociaal kapitaal bestaat dus wel en omvat ongeveer een kwart van alle mensen met een slechte subjectieve gezondheid. Het overgrote deel van de mensen met een slechte subjectieve gezondheid heeft geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal (76%). Deze percentages moeten echter wel in perspectief worden gezien. De totaalpercentages laten echter zien dat slechts 1,16% van alle respondenten binnen de risicogroep valt.

**Kruistabel 1: Subjectieve gezondheid en een gebrek aan informeel sociaal kapitaal**

<b>Subjectieve gezondheid:</b>	<b>Informeel sociaal kapitaal:</b>	
	Gebrek	Geen gebrek
<b>Slecht</b>		
<i>Rijpercentages</i>	23,4%	76,6%
<i>Totaalpercentages</i>	1,16%	3,80%
<b>Goed</b>		
<i>Rijpercentages</i>	9,5%	90,5%
<i>Totaalpercentages</i>	9,07%	85,98%

N=2161

Bron: European Social Survey (2002).

Om zeker te weten of de resultaten geïnterpreteerd mogen worden en of er een verband bestaat tussen de twee variabelen, is het verstandig om een Chi-square test te doen. Uit deze test blijkt dat er een significant verband bestaat tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal ( $p = 0,000$ ). Dit houdt in dat als een persoon meer informeel sociaal kapitaal heeft deze persoon ook een betere subjectieve gezondheid zal hebben. Ook mogen de resultaten geïnterpreteerd worden, want 0% van de cellen heeft een verwacht aantal van minder dan 5.

De tweede kruistabel laat de samenhang tussen de subjectieve gezondheid en inkomen zien. Binnen zowel kruistabel 2 als kruistabel 3 zal de categorie 'missende waarden' niet meegenomen worden. Dit heeft als reden dat de resultaten voor deze categorie niet te interpreteren zijn, omdat niet met zekerheid gezegd kan worden welke mensen binnen deze categorie vallen. Met betrekking tot inkomen kwam uit de theorie de verwachting naar voren dat mensen met een laag inkomen, geoperationaliseerd als minder dan €230 netto per week, behoren tot de risicogroep die een slechtere subjectieve gezondheid heeft. Uit kruistabel 2 blijkt dat 26,4% van de respondenten met een slechte subjectieve gezondheid ook een laag inkomen hebben. Het overgrote deel van de respondenten met een slechte subjectieve gezondheid heeft dus een hoog inkomen (73,4%). Het percentage mensen met een goede subjectieve gezondheid en een laag inkomen ligt daarentegen veel lager, dit is namelijk 10,9%. De risicogroep van mensen met een slechte subjectieve gezondheid en een laag inkomen bestaat dus wel en bevat ongeveer een kwart van alle mensen met een slechte gezondheid. Dit lijkt om een aanzienlijke groep te gaan maar de percentages moeten ook nu weer in perspectief worden gezien. Uit de totaalpercentages blijkt dat 1,26% van alle respondenten binnen de risicogroep valt.

**Kruistabel 2: Subjectieve gezondheid en een gebrek aan inkomen**

Subjectieve gezondheid:	Inkomen:	
	Laag inkomen	Hoog inkomen
Slecht		
<i>Rijpercentages</i>	26,4%	73,6%
<i>Totaalpercentages</i>	1,26%	3,51%
Goed		
<i>Rijpercentages</i>	10,9%	89,1%
<i>Totaalpercentages</i>	10,41%	84,82%

N=1911

Bron: European Social Survey (2002).

Om zeker te weten of de resultaten geïnterpreteerd mogen worden en of er een verband bestaat tussen de twee variabelen, is het ook hier weer verstandig om een Chi-square test uit te voeren. Uit deze test voor deze tabel komt ook een significant verband naar voren tussen subjectieve gezondheid en inkomen ( $p = 0,000$ ). Dit houdt in dat als een persoon een hoger inkomen heeft deze persoon ook een betere subjectieve gezondheid zal hebben. Ook mogen de resultaten geïnterpreteerd worden, want 0% van de cellen heeft een verwacht aantal van minder dan 5.

De derde kruistabel laat de samenhang tussen subjectieve gezondheid, informeel sociaal kapitaal en inkomen zien. Uit de theorie kwam de verwachting naar voren dat mensen met zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een laag inkomen behoren tot de risicogroep die een slechtere subjectieve gezondheid heeft. Uit kruistabel 3 blijkt dat 12,5% van de respondenten met een slechte gezondheid een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen heeft. Het percentage mensen met een goede subjectieve gezondheid en zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een laag inkomen ligt wat lager, namelijk 10,1%. De risicogroep blijkt dus wel te bestaan, maar is erg klein wanneer naar de totaalpercentages wordt gekeken. Het betreft namelijk 0,16% van het totaal aantal respondenten. Het overgrote deel van de mensen met een slechte gezondheid hebben dus geen gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen.



**Kruistabel 3: Subjectieve gezondheid en een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen**

	<i>Inkomen:</i>			
	Laag inkomen		Hoog inkomen	
	<b>Informeel sociaal kapitaal:</b>		<b>Informeel sociaal kapitaal:</b>	
	Gebrek	Geen gebrek	Gebrek	Geen gebrek
<b>Subjectieve gezondheid:</b>				
Slecht				
<i>Rijpercentages</i>	12,5%	87,5%	25,4%	74,6%
<i>Totaalpercentages</i>	0,16%	1,10%	0,89%	2,62%
Goed				
<i>Rijpercentages</i>	10,1%	89,9%	9,3%	90,7%
<i>Totaalpercentages</i>	1,05%	9,37%	7,90%	76,92%

N=1911

Bron: European Social Survey (2002).

Ook hier is weer een Chi-square test uitgevoerd om zeker te weten of de resultaten geïnterpreteerd mogen worden en of er een verband bestaat tussen de drie variabelen. Uit deze test voor deze tabel komt echter alleen een significant verband naar voren voor de relatie tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal voor mensen met een hoog inkomen ( $p = 0,000$ ). De relatie tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal voor mensen met een laag inkomen is niet significant ( $p=0,721$ ). Dit houdt in dat er waarschijnlijk pas een significant effect optreedt van informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid als ook het inkomen van deze personen hoog genoeg is. Echter heeft het gedeelte uit de tabel dat gaat over een laag inkomen één cel (25%) met een verwacht aantal van minder dan vijf. Hier wordt dus Cochran's rule geschonden en kan ter controle naar de waarde van de Exact test gekeken worden. Deze was significant ( $p = 0,000$ ), wat betekent dat dit gedeelte van de resultaten met zekerheid geïnterpreteerd mag worden. Hieruit mag dan ook geconcludeerd worden dat er geen sprake is van een significant verband tussen informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen.

### 3.4.2 Normaliteit

Om te bepalen of de voor dit onderzoek gebruikte variabelen uit een normaal verdeelde populatie komen, wordt voor alle variabelen de formele teststatistiek Shapiro-Wilk (W) opgevraagd. Er blijkt nu dat alleen de variabele leeftijd normaal verdeeld is ( $W= 0,967$  en  $p= 0,000$ ). Er kan dus geconcludeerd worden dat de meerderheid van de variabelen niet uit een normaal verdeelde populatie komt. Er zal

echter niet te zwaar worden getild aan het gegeven dat niet volledig aan de normaliteitsassumptie wordt voldaan. Voor variabelen als inkomen is het bijvoorbeeld logisch dat zij geen perfecte normaalverdeling kennen. Daarnaast volgt uit de centrale limietstelling dat bij een omvangrijke steekproef de regressieparameters naar een normaalverdeling zullen tenderen (Welkenhuysen- Cybels & Loosveldt, 2002, zoals aangehaald in Delarue, 2009).

### 3.4.3 Modellen

De analysetechniek die gebruikt zal worden is het schatten van lineaire regressiemodellen. Via deze techniek kunnen de waarden van de afhankelijke variabele worden voorspeld via een lineair verband met een onafhankelijke variabele. Binnen deze lineaire regressiemodellen wordt er gekeken naar de regressiecoëfficiënt ( $B$ ), de standaardfout ( $SE$ ) en de correlatiecoëfficiënt ( $R^2$ ). De regressiecoëfficiënt ( $B$ ) geeft aan hoe de helling van de regressielijn eruit ziet. Het geeft de gemiddelde toename van  $Y$  aan wanneer de variabele  $X$  met 1 eenheid toeneemt. De standaardfout ( $SE$ ) geeft de nauwkeurigheid aan van de regressiecoëfficiënt. Des te kleiner de standaardfout, des te kleiner de spreiding is vanaf het gemiddelde en dit geeft aan dat het gemiddelde des te nauwkeuriger bepaald is. De  $R$  Square ( $R^2$ ) geeft de verklaarde variatie aan. Dit houdt in dat  $R^2$  laat zien welk percentage van de variatie van de afhankelijke variabele wordt bepaald door de variabelen die toegevoegd zijn (Granovetter & Wallnau, 2009).

Om te bepalen of het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid zwakker wordt wanneer men een hoger inkomen heeft, zal eerst een model moeten worden geschat waarbij de significantie aangeeft of er een negatief effect is van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid. Vervolgens zullen de inkomen dummies worden toegevoegd. De significantie hiervan geeft aan of een inkomensverschil bestaat als het gaat om subjectieve gezondheid. Ook moet er worden gekeken of er een relatie bestaat tussen het hebben van wel of geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en de inkomen dummies. Het zou namelijk zo kunnen zijn dat er een wederkerige invloed bestaat tussen informeel sociaal kapitaal en inkomen. Mensen met meer informeel sociaal kapitaal hebben wellicht al meer inkomen en vice versa. Er zal daarom een categorische variabele worden gecreëerd die bestaat uit zes categorieën. Deze categorieën zijn; gebrek aan informeel sociaal kapitaal en laag inkomen (0), geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen (1), gebrek aan informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen (2), geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en laag inkomen (3), gebrek aan informeel sociaal kapitaal en ontbrekende waarden (4) en geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en ontbrekende waarden (5). Vanuit deze variabelen zullen vervolgens dummies worden aangemaakt, waarbij de groep gebrek aan informeel sociaal kapitaal en laag inkomen (0) de referentiegroep is.

Vervolgens zal een model moeten worden geschat waarbij de significantie aangeeft of er een negatief effect is van een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen op de subjectieve gezondheid. De variabelen formeel sociaal kapitaal en opleiding zullen worden toegevoegd aan het

model. De significantie hiervan geeft aan of er een verschil in formeel sociaal kapitaal en/of opleiding bestaat als het gaat om subjectieve gezondheid. Ook moet er worden onderzocht of er een interactie-effect bestaat tussen de onafhankelijke variabelen informeel sociaal kapitaal, inkomen en opleiding en tussen informeel sociaal kapitaal, inkomen en formeel sociaal kapitaal. Hiertoe worden vier producttermen aan het model toegevoegd. Namelijk; 1) dummy geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen \* opleiding, 2) dummy geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en ontbrekende waarden \* opleiding, 3) dummy geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen \* formeel sociaal kapitaal en 4) dummy geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en ontbrekende waarden \* formeel sociaal kapitaal. Er is gekozen om eerst dummies te maken en hier vervolgens producttermen mee te creëren in plaats van te kiezen voor trivariate interacties. Dit is gedaan omdat trivariate interacties minder praktisch zijn en lastiger te interpreteren. De kans op interpretatiefouten zou daardoor groter zijn. Tevens komen binnen de kruistabellen dezelfde combinaties voor; dit maakt dat de uitkomsten beter te vergelijken zijn en de beleidsaanbevelingen meer kracht krijgen.

## 4. Resultaten

### 4.1 *Verskil in informeel sociaal kapitaal in subjectieve gezondheid met betrekking tot inkomen*

Uit de eerste regressie blijkt dat informeel sociaal kapitaal een significant positief effect heeft op de subjectieve gezondheid ( $b = 0,064$   $p = 0,000$ ). Dit houdt in dat wanneer iemand over meer informeel sociaal kapitaal beschikt, de subjectieve gezondheid ook beter zal zijn. Het omgekeerde is dan ook waar. Hoe minder informeel sociaal kapitaal iemand heeft hoe slechter de subjectieve gezondheid. De verklaringskracht van model 1 is echter gering, het model verklaart slechts voor 2,1 procent de subjectieve gezondheid ( $R^2 = 0,021$ ). Vervolgens worden de inkomen dummies toegevoegd. De categorie laag inkomen wordt hierbij als referentiecategorie gebruikt. Mensen met een hoog inkomen blijken een betere subjectieve gezondheid te hebben dan mensen met een laag inkomen ( $b = 0,054$   $p = 0,001$ ). De mensen die vallen binnen de categorie ontbrekende waarden zouden ook een betere subjectieve gezondheid hebben dan mensen met een laag inkomen, maar dit verschil is niet significant ( $b = 0,036$   $p = 0,076$ ). De verklaringskracht van model 2 is echter gering, het model verklaart slechts voor 2,7 procent de subjectieve gezondheid ( $R^2 = 0,027$ ).

Wanneer de dummy wordt toegevoegd die bestaat uit de mensen die geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een hoog inkomen hebben blijkt dat zij een betere subjectieve gezondheid hebben, dan mensen die een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een gebrek aan inkomen hebben, een betere subjectieve gezondheid hebben dan mensen die een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een hoog inkomen hebben en een betere subjectieve gezondheid hebben dan mensen die een hoog inkomen maar een gebrek aan informeel sociaal kapitaal hebben. Ook zouden zij een betere subjectieve gezondheid hebben dan mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en ontbrekende waarden. Deze verschillen zijn echter niet significant ( $b = 0,036$   $p = 0,476$ ). Wanneer de dummy wordt toegevoegd die bestaat uit mensen die geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal hebben en scoren op ontbrekende waarden, blijkt ook dat deze mensen een betere subjectieve gezondheid hebben dan de mensen in de referentiecategorieën. Deze verschillen zijn echter ook niet significant ( $b = 0,082$   $p = 0,195$ ). De verklaringskracht van model 3 is echter gering, het model verklaart slechts voor 2,7 procent de subjectieve gezondheid ( $R^2 = 0,027$ ).

Leeftijd is de enige controlevariabele die gedurende deze regressieanalyse significant blijft. Hoe ouder iemand wordt, hoe slechter de subjectieve gezondheid zal zijn.

Tabel 1: Regressieanalyse verschil in informeel sociaal kapitaal in subjectieve gezondheid met betrekking tot inkomen

Variabele	Model 1		Model 2		Model 3	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>
(Constante)	0,958*	0,026	0,902*	0,031	0,935*	0,050
Informeel sociaal kapitaal	0,064*	0,015	0,064*	0,015	0,026	0,047
Leeftijd	-0,001*	0,000	-0,001*	0,000	-0,001*	0,000
Deelname religie	0,003	0,003	0,004	0,003	0,004	0,003
Geslacht (Vrouw=1)	-0,009	0,010	-0,006	0,010	-0,006	0,010
Woonsituatie	-0,028	0,016	-0,023	0,016	-0,022	0,016
Burgerlijke staat: (Getrouwd=ref.)						
Uit elkaar/gescheiden	-0,016	0,019	-0,011	0,019	-0,011	0,019
Weduwe/weduwenaar	0,016	0,021	0,025	0,021	0,026	0,022
Nooit getrouwd	-0,018	0,015	-0,016	0,015	-0,016	0,015
Inkomen: (laag=ref.)						
Hoog			0,054*	0,016	0,022	0,048
Ontbrekend waarden			0,036	0,020	-0,037	0,060
Risicogroepen: (groepen met laag informeel sociaal kapitaal en laag inkomen=ref.)						
Geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen					0,036	0,051
Geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal en missende waarde op inkomen					0,082	0,063

N=1911; \*p<0,05; R2: model 1 (0,021), model 2 en 3 (0,027).

Bron: European Social Survey (2002).

#### *4.2 Verschil in informeel sociaal kapitaal en inkomen in subjectieve gezondheid met betrekking tot opleiding en formeel kapitaal*

Er zal een tweede regressie worden geschat om de invloed van opleiding en formeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid te bepalen. Formeel sociaal kapitaal blijkt een positief en significant effect op de subjectieve gezondheid te hebben ( $b = 0,020$   $p = 0,034$ ). Dit betekent dat wanneer iemand meer formeel sociaal kapitaal heeft, de subjectieve gezondheid ook beter zal zijn. Dit effect blijft bestaan binnen model 2 (inclusief producttermen 1 en 2) ( $b = 0,020$   $p = 0,035$ ) en valt weg binnen model 3 (inclusief producttermen 3 en 4) ( $b = 0,024$   $p = 0,261$ ). In model 2 en 3 is het effect van formeel sociaal kapitaal conditioneel op het effect van informeel sociaal kapitaal en inkomen. Het hoofdeffect van formeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid geldt alleen voor mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en met een laag inkomen. Opleiding blijkt een positief effect te hebben op de subjectieve gezondheid, maar dit effect is niet significant ( $b = 0,003$   $p = 0,137$ ). De verklaaringskracht van model 1 is echter gering, het model verklaart slechts voor 3,0 procent de subjectieve gezondheid ( $R^2 = 0,030$ ).

Wanneer de eerder beschreven producttermen worden toegevoegd blijkt dat zowel de eerste ( $b = 0,000$   $p = 0,965$ ), tweede ( $b = 0,000$   $p = 0,976$ ), derde ( $b = -0,009$   $p = 0,705$ ) als vierde ( $b = 0,028$   $p = 0,433$ ) productterm niet significant zijn. De subjectieve gezondheid is niet afhankelijk van een gecombineerd effect van informeel sociaal kapitaal, inkomen en opleiding of van een gecombineerd effect van informeel sociaal kapitaal, inkomen en formeel sociaal kapitaal. Dit houdt dus in dat mensen zonder een gebrek aan informeel sociaal kapitaal, een hoog inkomen en een hogere opleiding of meer formeel sociaal kapitaal geen betere subjectieve gezondheid hebben, dan mensen met wel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal, een laag inkomen en geen hoge opleiding of geen gebrek aan formeel sociaal kapitaal.

De verklaaringskracht van de modellen 1 en 2 is echter gering. Model 2 verklaart slechts voor 3,0 procent de subjectieve gezondheid ( $R^2 = 0,030$ ) en model 3 verklaart voor slechts 3,1 procent de subjectieve gezondheid ( $R^2 = 0,031$ ).

Leeftijd is de enige controlevariabele die ook gedurende deze regressieanalyse significant blijft. Hoe ouder iemand wordt, hoe slechter de subjectieve gezondheid zal zijn.

Tabel 2: Regressieanalyse verschil in informeel sociaal kapitaal en inkomen in subjectieve gezondheid met betrekking tot opleiding en formeel kapitaal

Variabele	Model 1		Model 2		Model 3	
	B	SE	B	SE	B	SE
(Constante)	0,867*	0,037	0,864*	0,062	0,863*	0,040
Informeel sociaal kapitaal	0,060*	0,015	0,061	0,033	0,062*	0,018
Leeftijd	-0,001*	0,000	-0,001*	0,000	-0,001*	0,000
Deelname religie	0,002	0,003	0,002	0,003	0,003	0,003
Geslacht (Vrouw=1)	-0,005	0,010	-0,005	0,010	-0,005	0,010
Woonsituatie	-0,025	0,016	-0,025	0,016	-0,025	0,016
Burgerlijke staat: (Getrouwd=ref.)						
Uit elkaar/gescheiden	-0,013	0,019	-0,013	0,019	-0,012	0,019
Weduwe/weduwenaar	0,030	0,022	0,030	0,022	0,032	0,022
Nooit getrouwd	-0,017	0,015	-0,018	0,015	-0,017	0,015
Formeel sociaal kapitaal	0,020*	0,010	0,020*	0,010	0,024	0,021
Inkomen: (laag=ref.)						
Hoog	0,048*	0,016	0,049	0,032	0,052*	0,019
Ontbrekend waarden	0,034	0,020	0,035	0,043	0,023	0,024
Opleiding	0,003	0,002	0,003	0,003	0,003	0,002
Groep geen gebrek informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen * opleiding			0,000	0,003		
Groep geen gebrek informeel sociaal kapitaal en missende waarde op inkomen * opleiding			0,000	0,004		
Groep geen gebrek informeel sociaal kapitaal en hoog inkomen * formeel sociaal kapitaal					-0,009	0,023
Groep geen gebrek informeel sociaal kapitaal en missende waarde op inkomen * formeel sociaal kapitaal					0,028	0,035

N=1911; \*p<0,05; R2: model 1 (0,030), model 2 (0,030) en model 3 (0,031).  
Bron: European Social Survey (2002).

## 5. Conclusie en discussie

### 5.1 Conclusie

Zoals al eerder aangehaald, liet het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2012 weten dat er niet genoeg werkende mensen zijn om de kosten van de gezondheidszorg op te vangen. Het voorstel van het VWS was dan ook dat hulpbehoevende mensen meer in hun eigen zorg gaan voorzien via het gebruik van ‘informele zorg en ondersteuning’ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Dit betekent dat hulpbehoevende mensen voor hun benodigde zorg op familie, vrienden en kennissen moeten terugvallen. Een voorwaarde voor het slagen van dit voorstel is wel dat deze mensen dus voldoende informeel sociaal kapitaal hebben. Tevens is al eerder aangehaald dat bij een gebrek aan informeel sociaal kapitaal de benodigde zorg ingekocht zou kunnen worden. Dit houdt echter in dat wanneer hulpbehoevende mensen een gebrek aan informeel sociaal kapitaal hebben en een laag inkomen, er wellicht een risicogroep zou kunnen ontstaan. Binnen dit onderzoek werd aandacht besteed aan deze eventuele risicogroep door te kijken naar het effect van informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid. Daarnaast werd gekeken of dit eventuele negatieve effect van het behoren tot de risicogroep, dus van informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid, zwakker zou worden naarmate deze personen meer formeel sociaal kapitaal of een hogere opleiding zouden hebben. De onderzoeksvraag die daarom centraal stond was:

*“In hoeverre heeft het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen een effect op de subjectieve gezondheid van een individu en in welke mate kan dit effect worden gecompenseerd door factoren zoals formeel sociaal kapitaal en opleiding?”*

Het bestaan van een eventuele risicogroep en hoe deze eruit zou zien, wordt bekeken binnen de eerste twee deelvragen. De eerste deelvraag was de volgende:

*“In hoeverre bestaat er een groep mensen met zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een slechte subjectieve gezondheid?”*

Uit de kruistabellen kwam hierover naar voren dat binnen de groep respondenten met een slechte subjectieve gezondheid een klein percentage een gebrek aan informeel sociaal kapitaal heeft. Het overgrote deel van de mensen met een slechte subjectieve gezondheid heeft echter geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal. Als vervolgens naar de gehele steekproef wordt gekeken beslaat de risicogroep nog maar een zeer klein deel van alle respondenten. In antwoord op de eerste deelvraag bestaat de risicogroep met zowel weinig informeel sociaal kapitaal als een slechte subjectieve gezondheid dus wel, maar is deze erg klein.

De tweede deelvraag was als volgt:

*“In hoeverre heeft de groep mensen met een slechte subjectieve gezondheid een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen?”*

Hierbij werd allereerst gekeken naar of er wellicht een groep zou zijn met enkel een laag inkomen en een slechte subjectieve gezondheid. Dit om te controleren of bovenstaande deelvraag niet enkel door



een gebrek aan inkomen verklaard zou worden. Uit de kruistabellen kwam hierover naar voren dat binnen de groep respondenten met een slechte subjectieve gezondheid een klein percentage ook een laag inkomen heeft. Het overgrote deel van de respondenten met een slechte subjectieve gezondheid had echter een hoog inkomen. Als vervolgens naar de gehele steekproef wordt gekeken beslaat de risicogroep nog maar een zeer klein deel van alle respondenten. De risicogroep van mensen met een slechte subjectieve gezondheid en een laag inkomen bestaat dus wel, maar is opnieuw erg klein. De risicogroep aangehaald in de tweede deelvraag zou dus ook voor een deel kunnen bestaan uit mensen met voornamelijk een laag inkomen en een slechte subjectieve gezondheid.

Vervolgens kon de tweede deelvraag daadwerkelijk beantwoord worden vanuit de inhoud van de trivariate kruistabel. Uit deze tabel kwam naar voren dat binnen de groep respondenten met een slechte subjectieve gezondheid een klein percentage zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een laag inkomen heeft. Het overgrote deel van de mensen met een slechte gezondheid heeft dus niet zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een laag inkomen. Als vervolgens naar de gehele steekproef wordt gekeken beslaat de risicogroep nog maar een zeer klein deel van alle respondenten. De risicogroep lijkt dus wel te bestaan, maar is erg klein. Wat deze interpretatie echter lastig maakt, is dat uit de Chi-square test alleen een significant verband naar voren kwam voor de relatie tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal voor mensen met een hoog inkomen. De relatie tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal voor mensen met een laag inkomen was hier niet significant. Dit wil zeggen dat informeel sociaal kapitaal pas positief samenhangt met de subjectieve gezondheid wanneer het inkomen van een persoon hoog is. In dit onderzoek is een hoog inkomen gedefinieerd als meer dan €230 netto per week. In antwoord op de tweede deelvraag is er dus wel een groep met een slechte subjectieve gezondheid met zowel een gebrek aan informeel sociaal inkomen als een laag inkomen, maar is deze groep erg klein en bestaat er een tweedeling in deze groep.

De derde en vierde deelvraag kijken allereerst of de risicogroep, met een enkel gebrek aan informeel sociaal kapitaal, voordelen ervaren van een hoger inkomen. Daarnaast kijken deze deelvragen of de risicogroep, met zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen, voordelen ervaart van meer formeel sociaal kapitaal en een hogere opleiding. De derde deelvraag was hier de volgende:

*“In hoeverre kan het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid gecompenseerd worden door inkomen?”*

Om deze deelvraag te beantwoorden werd de volgende hypothese opgesteld en getest:

H1: Het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid zal zwakker worden naarmate men een hoger inkomen heeft.

Uit de kruistabellen kwam hierover naar voren dat de relatie tussen subjectieve gezondheid en informeel sociaal kapitaal alleen opging voor mensen met een hoog inkomen. Hieruit kwam ook naar voren dat de groep met een zowel een hoog inkomen als een gebrek aan informeel sociaal kapitaal in

combinatie met een goede subjectieve gezondheid vrij klein is. De groep met zowel een hoog inkomen als geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal in combinatie met een goede subjectieve gezondheid is echter veel groter. De kans dat je geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal hebt in combinatie met een hoog inkomen en een goede subjectieve gezondheid is dus veel groter. Dit zou wellicht kunnen betekenen dat inkomen een compenserend effect heeft voor het negatieve effect van weinig informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid.

Tevens kan gekeken worden naar de resultaten die daadwerkelijk gericht waren op het beantwoorden van deze hypothese. Hiervoor kan gekeken worden naar de eerste lineaire regressietabel. Allereerst bleek uit deze tabel dat er een positieve en significante relatie bestaat tussen informeel sociaal kapitaal en de subjectieve gezondheid. Vervolgens is in het tweede model van deze tabel inkomen toegevoegd en zien we dat er ook een positieve en significante relatie bestaat tussen inkomen en de subjectieve gezondheid. Dit bevestigt dus wat binnen de kruistabellen gevonden werd en versterkt hierdoor ook de conclusies voor de eerste en tweede deelvraag. Hierop volgend werden dummies toegevoegd die verschillende combinaties bevatten van de één hoog en de ander laag, beide hoog of beide laag op inkomen en informeel sociaal kapitaal. De effecten van deze dummies waren echter geen van alle significant. Dit betekent dus dat het verwachte effect van de combinatie van informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid niet gevonden is en dat de hypothese verworpen zal worden. Het antwoord op de derde deelvraag is dus dat het negatieve effect van weinig informeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid niet gecompenseerd kan worden door inkomen.

De vierde deelvraag was als volgt:

*“In hoeverre kunnen factoren als formeel sociaal kapitaal en opleiding compenseren voor het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen op de subjectieve gezondheid?”*

Om deze deelvraag te beantwoorden werden de volgende twee hypothesen opgesteld en getest:

H2: Het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid wordt zwakker naarmate men over meer formeel sociaal kapitaal beschikt.

H3: Het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid wordt zwakker naarmate men een hogere opleiding heeft genoten.

Allereerst kan gekeken worden naar de tweede hypothese binnen dit onderzoek. Voor deze hypothese bleek uit de regressieanalyse dat er een positieve en significante relatie bestaat tussen formeel sociaal kapitaal en de subjectieve gezondheid. Echter kwam uit het tweede en derde model hierbinnen naar voren dat het hoofdeffect van formeel sociaal kapitaal op de subjectieve gezondheid alleen opgaat voor mensen met een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en met een laag inkomen. Vervolgens kan gekeken worden naar de derde hypothese binnen dit onderzoek. Voor deze hypothese bleek uit de regressieanalyse dat er een positieve maar niet significante relatie bestaat tussen opleiding en de subjectieve gezondheid. Echter geldt voor beide hypothesen dat de effecten van de interactietermen

die gebruikt bij het maken van deze conclusies geen van alle significant waren. Dit betekent dus dat het negatieve effect, van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en inkomen op de subjectieve gezondheid, niet zwakker wordt naarmate men meer formeel sociaal kapitaal heeft of een hogere opleiding heeft genoten. De hypothese zal dus verworpen worden. In antwoord op de derde deelvraag compenseren beide dus niet voor het genoemde negatieve effect.

Uit al het bovenstaande kan een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag binnen dit onderzoek. De hoofdvraag was:

*“In hoeverre heeft het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen een effect op de subjectieve gezondheid van een individu en in welke mate kan voor dit effect worden gecompenseerd door factoren zoals formeel sociaal kapitaal en opleiding?”*

Uit bovenstaande stukken is gebleken dat er dus een kleine risicogroep bestaat met zowel een gebrek aan informeel sociaal kapitaal als een laag inkomen met ook een slechte subjectieve gezondheid. Het hebben van zowel weinig informeel sociaal kapitaal als een laag inkomen heeft dus wel degelijk een effect op de gezondheid van een individu. Dit effect is echter erg klein en verklaart niet alle variatie binnen de gehele groep met een slechte subjectieve gezondheid. Tevens is gebleken dat zowel formeel sociaal kapitaal als opleiding niet kunnen compenseren voor het negatieve effect van het behoren tot de risicogroep op de subjectieve gezondheid.

Deze resultaten sluiten deels aan bij eerdere onderzoeken. Onder andere Huijts en Kraaykamp (2012), Giordano et al., (2012) en Cramm et al., (2012) vonden ook dat er een positieve relatie bestaat tussen informeel sociaal kapitaal en de subjectieve gezondheid van mensen. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Mackenbach et al., (2005) dat er een relatie bestaat tussen inkomen en een goede gezondheid. In dit onderzoek wordt ook een positieve relatie gevonden tussen inkomen en subjectieve gezondheid. In tegenstelling tot het door ons uitgevoerde onderzoek wordt er in andere onderzoeken wel vaak een positieve relatie gevonden tussen opleiding en subjectieve gezondheid (o.a. Huijts & Kraaykamp, 2012; Eikemo, 2009). Omdat deze studie uniek is, kunnen de resultaten wat betreft de eventuele compenserende werking van formeel sociaal kapitaal en opleiding voor het negatieve effect van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen op de subjectieve gezondheid niet met andere studies worden vergeleken. Wel bleek dat formeel sociaal kapitaal een zelfstandig positief effect heeft op de subjectieve gezondheid van mensen. Dit is in overeenstemming met de theorie van Thoits en Hewitt (2001) die stelt dat formeel sociaal kapitaal een positief effect op de subjectieve gezondheid kan hebben doordat het mensen bepaalde normen en rituelen biedt. Iemand gaat bijvoorbeeld twee keer in de week naar het buurthuis en één keer in de week naar een vrijwilligersorganisatie. Lidmaatschap van een vrijwilligersorganisatie zou bij uitstek een positief effect hebben op de mentale en fysieke gezondheid (Thoits & Hewitt, 2001).

### *5.2 Theoretische en praktische implicaties*

De bevindingen van dit onderzoek laten zien dat het negatieve effect op de subjectieve gezondheid van het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen, niet gecompenseerd kan worden door factoren als formeel sociaal kapitaal en opleiding. Dit heeft verschillende implicaties voor toekomstig onderzoek over sociaal kapitaal, inkomen en gezondheid. Het zou namelijk zo kunnen zijn dat factoren als formeel sociaal kapitaal en opleiding nooit alleen kunnen compenseren voor een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen. Twee gebreken die een negatief effect op de subjectieve gezondheid hebben zouden immers gecompenseerd moeten worden door één andere factor die een positief effect op de subjectieve gezondheid heeft. Uit toekomstig onderzoek zou moeten blijken of factoren als formeel sociaal kapitaal en opleiding in combinatie met andere factoren misschien wel het negatieve effect op gezondheid van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen kunnen compenseren.

Ook is het indenkbare dat het hebben van een slechte subjectieve gezondheid veroorzaakt wordt door andere factoren dan degene waar in dit onderzoek voor is gecontroleerd. De slechte subjectieve gezondheid van een persoon wordt wellicht niet veroorzaakt door het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen, maar door andere factoren. In vervolg onderzoek zou kunnen worden onderzocht welke factoren, behalve leeftijd, nog meer een negatief effect op de subjectieve gezondheid kunnen hebben, en of het negatieve effect van deze factoren op de subjectieve gezondheid wel gecompenseerd kan worden door bijvoorbeeld formeel sociaal kapitaal en opleiding.

Daarnaast zou het wat betreft toekomstig onderzoek goed zijn een longitudinaal onderzoek uit te voeren met betrekking tot de subjectieve gezondheid van de risicogroepen. Dit brengt als extra voordelen met zich mee dat de relatie tussen sociaal kapitaal, inkomen en gezondheid over verschillende generaties kan worden onderzocht. Hierdoor zijn langere termijn ontwikkelingen beter zichtbaar en kan ook worden onderzocht wat de invloed van bepaalde beleidsplannen op de gezondheid van mensen is. Zo kan beter worden bepaald welke factoren kunnen compenseren voor het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen.

### *5.3 Methodologische beperkingen*

Binnen dit onderzoek moest worden omgegaan met een aantal methodologische beperkingen. Omdat deze beperkingen de resultaten zouden hebben kunnen beïnvloeden, zullen de belangrijkste beperkingen worden besproken.

Allereerst, als gekeken wordt naar de dataset, valt op dat de dataset dateert uit 2002 (Norwegian Social Science Data Service, 2012). De genoemde maatregelen vanuit de overheid wat betreft zorg en de problemen die hieraan vooraf gingen spelen pas vanaf rond het jaar 2012. Wellicht speelden de problemen die nu wel spelen niet voor de respondenten uit 2002 en is, voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen en het testen van de hypothesen, deze dataset gedateerd en

hier dus niet geschikt. Echter was er geen andere dataset waar formeel sociaal kapitaal in naar voren kwam. Daarnaast was de getrokken steekproef niet erg groot en dus wellicht ook niet erg representatief voor de Nederlandse bevolking. Als dit in vervolgonderzoek meegenomen zou worden, wordt de verklaringskracht en de betrouwbaarheid van de data wellicht groter.

Een andere belangrijke beperking van dit onderzoek was de manier waarop de mate van gezondheid van de respondenten gemeten werd. Hierbij werd namelijk gebruik gemaakt van de subjectieve gezondheid, een variabele die in vele onderzoeken wordt gebruikt. Het nadeel hiervan is dat er geen specifiek onderscheid gemaakt wordt tussen mentale en fysieke gezondheid. Ook worden er geen vragen gesteld over specifieke aandoeningen die mensen zouden kunnen hebben. Wanneer respondenten meer specifieke vragen krijgen over hun mentale en fysieke gezondheid zal de subjectieve gezondheid van een respondent beter kunnen worden vastgelegd (Huijts & Kraaykamp, 2012). Waarschijnlijk zal het aantal respondenten met een slechte subjectieve gezondheid dan ook hoger komen te liggen. In dit onderzoek was de groep mensen met een slechte subjectieve gezondheid zwaar ondervetegenwoordigd. Er werd dan ook aan de respondenten gevraagd hoe het staat met hun gezondheid, over het algemeen (Norwegian Social Science Data Service, 2012). Er valt te verwachten dat veel mensen hun gezondheid ‘over het algemeen’ wel goed vinden, ook als ze verschillende aandoeningen hebben. Objectievere vragen zullen de gezondheid van de respondenten dus waarschijnlijk beter in kaart hebben kunnen gebracht.

Daarnaast zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de operationalisering van een aantal variabelen. Zo bevat de categorie ‘ontbrekende waarden’ van de variabele inkomen 245 respondenten waar niets over bekend is wat betreft inkomen. Er zou minder informatie verloren zijn gegaan als het inkomen van deze mensen was bijgeschat. Dit is omwille van de beschikbare tijd binnen dit onderzoek niet gebeurd, maar zou in een vervolgstudie zeker gedaan moeten worden. Ook is vrij grof berekend wat ‘een laag’ inkomen inhoudt door gebrek aan economische kennis. De cijfers zouden betrouwbaarder zijn wanneer dit wel precies was gebeurd. Ook is er binnen de variabele informeel sociaal kapitaal een strikt onderscheid gemaakt tussen het hebben van wel of geen gebrek aan informeel sociaal kapitaal. Binnen dit onderzoek was dit noodzakelijk voor het in kaart brengen van de risicogroepen, maar informeel sociaal kapitaal als continue variabele opnemen geniet de voorkeur. Verder zijn enkel de respondenten gebruikt van 25 jaar en ouder. Bij opleiding kan hierover een kanttekening geplaatst worden. Mensen met één van de hoogste opleidingen, zoals bijvoorbeeld die van doctoren en specialistische geneeskundigen, zijn wellicht pas klaar rond hun 30<sup>e</sup> levensjaar. Dit betekent dat hier de mensen met de hoogste opleiding wellicht zijn uitgesloten. Wellicht zijn de resultaten betrouwbaarder als in vervolgonderzoek enkel mensen van 30 jaar en ouder worden meegenomen. Daarnaast is bij de variabele burgerlijke staat niet gekeken naar personen met een samenleefcontract en enkel naar zaken die te maken hebben met trouwen. Tegenwoordig zijn er waarschijnlijk veel meer mensen die een samenleefcontract hebben in plaats van gaan trouwen en dit zou betekenen dat er een groep wordt buitengesloten. Het insluiten en benoemen van deze mensen zou

de resultaten van vervolgonderzoek meer toepasbaar maken op de huidige situatie in Nederland. Ook zijn er binnen de steekproef geen mensen met een woonsituatie waarin meer dan zeven personen in één huishouden leven. Dit betekent dat wellicht de groep met hele grote, vaak streng christelijke, gezinnen niet in deze steekproef zitten. Het zou beter zijn als deze in vervolgonderzoek wel naar voren komen om zo beter representatief te zijn voor de gehele Nederlandse bevolking. De manier waarop de variabelen inkomen en informeel sociaal kapitaal zijn geoperationaliseerd zorgen er ook voor dat ‘de risicogroep’ misschien te strikt is afgebakend. Als de definities van ‘een gebrek aan informeel sociaal kapitaal’ en ‘laag inkomen’ ruimer waren genomen, was de risicogroep wellicht een stuk groter geweest.

Een andere beperking binnen dit onderzoek is de mogelijkheid van selectiviteit. Het zou zo kunnen zijn dat de relatie tussen sociaal kapitaal en de subjectieve gezondheid die in dit onderzoek wordt gevonden (voor een deel) is veroorzaakt door selectiviteit wat betreft gezondheid (Huijts & Kraaykamp, 2012). Het zou zo kunnen zijn dat mensen een gebrek aan informeel en/of formeel sociaal kapitaal hebben, omdat ze een slechte gezondheid hebben. Mensen zouden door ziekte bijvoorbeeld niet in staat zijn een sociaal netwerk op te bouwen, omdat ze aan bed gekluisterd zijn. Het was met de beschikbare data niet mogelijk dit eventuele selectie-effect uit te sluiten.

Ook de manier waarop sociaal kapitaal is gemeten zou als een beperking binnen dit onderzoek kunnen worden gezien. Om te bepalen over hoeveel informeel sociaal kapitaal iemand beschikt is gevraagd naar hoe vaak iemand op sociaal vlak afspreekt met vrienden, familieleden of collega's. Om de mate van formeel sociaal kapitaal te bepalen is er gekeken naar de actieve participatie van een persoon in een vrijwilligersorganisatie (Norwegian Social Science Data Service, 2012). Hoewel dit ook in andere onderzoeken is gedaan (o.a. Huijts & Kraaykamp, 2012) zou het toekomstig onderzoek ten goede komen als de manier om informeel sociaal kapitaal en formeel sociaal kapitaal te meten wordt uitgebreid.

#### *5.4 Sterke punten van het onderzoek*

Hoewel dit onderzoek een aantal beperkingen heeft, zijn er ook zaken te noemen die op een positieve manier bijdragen aan dit onderzoek. Allereerst biedt dit onderzoek een basis voor toekomstig onderzoek. Dit onderzoek is uniek omdat nog niet eerder specifiek is onderzocht in hoeverre inkomen kan compenseren voor een gebrek aan informeel sociaal kapitaal, en of opleiding en formeel sociaal kapitaal hulpbronnen zijn die een gebrek aan zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen kunnen compenseren. Dit onderzoek biedt dus nieuwe kennis die gebruikt kan worden bij toekomstig onderzoek naar dit onderwerp. Ook is binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van internationaal verworven data. Dit betekent dat er in eventueel vervolg onderzoek een vergelijking kan worden gemaakt tussen meerdere Europese landen.

Verder werd in dit onderzoek binnen het begrip sociaal kapitaal een onderscheid gemaakt tussen informeel en formeel sociaal kapitaal. Dit is een waardevol onderscheid dat nog niet in heel veel onderzoek is meegenomen en zeker toegevoegde waarde heeft. Het testen van de samenhang met het gehele begrip sociaal kapitaal zou wellicht waardevolle informatie buiten beschouwing gelaten hebben. Zo was vooral informeel sociaal kapitaal van belang voor het ontstaan van de risicogroep en had formeel sociaal kapitaal juist een compenserende waarde kunnen hebben.

Daarnaast werd er maar een erg kleine risicogroep gevonden en kunnen deze bevindingen tevens erg goed gebruikt worden ter onderbouwing van het huidige regeringsbeleid. Wanneer de risicogroep erg klein is betekent dit waarschijnlijk dat het huidige beleid goed werkt en niet veel veranderd hoeft te worden. Dit biedt de overheid een sterke basis van waaruit zij kunnen verdedigen dat het huidige beleid niet nadelig uitpakt voor de Nederlandse bevolking.

Tevens was de steekproefgrootte binnen dit onderzoek groot, wat de betrouwbaarheid van de uitkomsten ten goede komt. Idealiter zou de steekproef echter nog groter geweest zijn, om zo ook de interactiehypothese goed te kunnen testen. Ook zijn er binnen dit onderzoek een ruim aantal controlevariabelen aan de modellen toegevoegd. Hierdoor is duidelijk geworden of factoren als bijvoorbeeld leeftijd ook invloed hebben op de relatie tussen de onafhankelijke variabelen en de subjectieve gezondheid. Dit betekent dus dat in grote mate derde factoren die de relaties tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele konden beïnvloeden zijn uitgesloten.

### *5.5 Beleidsimplicaties*

De resultaten van dit onderzoek bieden handvatten voor het geven van beleidsadviezen. Of het voor de overheid zinvol is om in het formeel sociaal kapitaal en de opleiding van haar burgers te investeren zal uit toekomstig onderzoek moeten blijken. Binnen dit onderzoek is namelijk gebleken dat formeel sociaal kapitaal en opleiding niet kunnen compenseren voor het hebben van een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen. Dit betekent niet dat er geen belang is om beleid te maken met betrekking tot de gezondheid van deze mensen. Er bestaat namelijk wel een groep mensen met een slechte subjectieve gezondheid en een gebrek aan informeel sociaal kapitaal en een laag inkomen. Deze groep is echter zeer klein, het lijkt erop dat het bestaande beleid ervoor zorgt dat maar weinig mensen risico lopen een slechte gezondheid te krijgen. Dat deze groep zo klein is kan zoals eerder genoemd is echter ook liggen aan de manier waarop de risicogroep binnen dit onderzoek afgebakend is. De risicogroep zou in werkelijkheid een stuk groter kunnen zijn dan uit dit onderzoek blijkt.

Zoals in de inleiding van dit onderzoek al is aangekaart blijkt het hebben van een slechte gezondheid voor een individu zowel economische als sociale gevolgen te hebben (Oyen et al., 2011). Daarnaast is al eerder uiteengezet dat gezonde burgers voor een samenleving van cruciaal belang zijn (RIVM, 2010). Binnen dit onderzoek is weer bevestigd dat zowel informeel sociaal kapitaal als inkomen een positief effect hebben op de subjectieve gezondheid van mensen. Er zou daarom in ieder geval gewerkt kunnen worden aan beleid met betrekking tot deze twee factoren.

Ten eerste zou er beleid moeten komen dat erop is gericht zo veel mogelijk mensen boven het sociaal minimum te houden qua inkomen. Uit dit onderzoek bleek namelijk dat het hebben van een inkomen boven het sociaal minimum (in dit onderzoek 'hoog inkomen' genaamd) positief samenhangt met de subjectieve gezondheid. Uit het rapport 'Armoedesignalement 2012' van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat vooral werklozen, zelfstandigen en bijstandsontvangers steeds vaker onder het sociaal minimum leven (SCP & CBS, 2012). Het beleid zou er bijvoorbeeld gericht op kunnen zijn deze mensen (meer) betaald werk te verschaffen, of door uitkeringen te verhogen.

Ten tweede zou er beleid moeten komen dat erop gericht is de mate van het informeel sociaal kapitaal van mensen te vergroten. Met informeel sociaal kapitaal worden bijvoorbeeld de sociale banden bedoeld die mensen hebben met familie, vrienden, burens en collega's (Bourdieu, 1983). Nu kan de overheid er uiteraard niet voor zorgen dat iemand meer familie krijgt en ook zorgen voor meer contact met vrienden en collega's valt misschien niet binnen de mogelijkheden van de overheid. Wel zal het contact met de burens versterkt kunnen worden. Op dit moment zijn er al vele gemeentes die subsidies geven aan personen die bijvoorbeeld een straatfeest willen organiseren (o.a. Gemeente Delft, 2013; Gemeente Zoetermeer, 2013). Gemeentes zouden hun beleid met betrekking tot meer contact tussen buurtbewoners verder kunnen uitbreiden. Zeker wanneer mensen steeds meer gebruik moeten maken van informele zorg lijkt het hebben van een goede buur beter dan het hebben een verre vriend.



## 6. Literatuurlijst

- Baum, F.E., & Ziersch, A.M. (2003). Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 320-323. doi:10.1136/jech.57.5.320
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66, 2321-2334.
- Bourdieu, P. (1983). *Forms of capital*. In Richardson, J. (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press.
- Broman, C.L. (1993). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 335-350.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2009). *Het meest tevreden met een beetje overgewicht*. Verkregen op 9 maart 2013, op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2989-wm.htm>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012). *Uitgaven aan zorg met 3,2 procent gestegen*. Verkregen op 9 maart 2013, op <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/A3F2AAAE-38AC-4D39-941A-20EA5C5AF3/0/pb12n034.pdf>
- Cheal, D. (2002). *Sociology of family life*. Hampshire/New York: Palgrave.
- Cramm, J. M., Van Dijk, H. M., & Nieboer, A. P. (2012). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community. *The Gerontologist*, 0, 1-9. doi:10.1093/geront/gns052
- Delarue, A. (2009). *Teamwerk: De stress getemd? Een onderzoek naar het effect van organisatieontwerp en teamwerk op het welbevinden van werknemers*. Leuven: Acco.
- Eikemo, T.A. (2009). *Health Inequalities in European Welfare States. Evidence from the European Social Survey*. Saarbrücken: VDM Publishing House.
- Engbersen, G. (2006). *Publieke bijstandsgeheimen. Het ontstaan van een onderklasse in Nederland*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Ferlander, S. (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica*, 50, 115-128. doi:10.1177/0001699307077654
- Ferlander, S., & Timms, D. (2001). Local nets and social capital. *Telematics and Informatics*, 18, 51-56.
- Gemeente Den Haag. (2013). *Wat is het buurthuis van de toekomst?* Verkregen op 12 april 2013, op <http://www.denhag.nl/home/bedrijven-en-instellingen/zorg-en-welzijn/to/Wat-is-het-Buurthuis-van-de-Toekomst.htm>
- Gemeente Delft. (2013). *Subsidie straatfeest organiseren*. Verkregen op 2 juni 2013, op [http://www.delft.nl/Gemeenteloket/s/Subsidie\\_straatfeest organiseren](http://www.delft.nl/Gemeenteloket/s/Subsidie_straatfeest organiseren)
- Gemeente Zoetermeer. (2013). *Acties bewoners*. Verkregen op 2 juni 2013, op [http://www.zoetermeer.nl/noordhove-seghwaert/acties-bewoners\\_42168/](http://www.zoetermeer.nl/noordhove-seghwaert/acties-bewoners_42168/)

- Giordano, G. N., Björk, J., & Lindström, M. (2012). Social capital and self-rated health - A study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*, *75*, 340-348.  
doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.011
- Granovetter, F.J., & Wallnau, L.B. (2009). *Statistics for the Behavioral Sciences*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Grootaert, C., Narayan, D., Jones, V. N., & Woolcock, M. (2004). *Measuring social capital: An integrated questionnaire*. Washington: The World Bank.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.
- Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2012). Formal and informal social capital and self-rated health in Europe: A new test of accumulation and compensation mechanisms using a multi-level perspective. *Acta Sociologica*, *55*, 144-158. doi:10.1177/0001699312439080
- Huisman, M., van Lenthe, F., & Mackenbach, J. (2007). The predictive ability of self-assessed health formortality in different educational groups. *International Journal of Epidemiology*, *36*, 1207-1213.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, *38*, 21-37.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books. Verkregen op 8 mei 2013, op <http://ia600506.us.archive.org/7/items/currentconceptso00jaho/currentconceptso00jaho.pdf>
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, *89*, 1187-1193. doi:10.2105/AJPH.89.8.1187
- Knijjn, T. (2004). *Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Komter, A., & Vollebergh, W. (2002). Solidarity in Dutch families: Family ties under strain? *Journal of Family Issues*, *23*, 171-188. doi:10.1177/0192513X02023002001
- Mackenbach, J. P., Martikainen, P., Looman, C. W. N., Dalstra, A. A., Kunst, A. E., & Lahelma, E. (2005). The shape of the relationship between income and self-assessed health: An international study. *International Journal of Epidemiology*, *34*, 286-293.  
doi:10.1093/ije/dyh338
- Mantzavinis, G. D., Trikalinos, T. A., Dimoliatis, I. D. K., & Ioannidis, J. P. A. (2006). Self-reported health in high and very high incomes. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *15*, 547-558.  
doi:10.1007/s11136-005-1770-x
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). *Beleidsagenda 2004: keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2013). *Beter onderwijs door invoering sociaal leenstelsel*. Geraadpleegd op 16 juni 2012, op <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/01/18/beter-onderwijs-door-invoering-sociaal-leenstelsel.html>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2013). *Werkloosheid en WW: Wat is het sociaal minimum en wat als mijn uitkering lager is dan dat minimum?* Verkregen op 8 mei 2013, op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werkloosheid-en-ww/vraag-en-antwoord/wat-is-het-sociaal-minimum-en-wat-als-mijn-uitkering-lager-is-dan-dat-minimum.html>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012). *Kamerbrief over beleidsbrief mantelzorg*. Verkregen op 9 maart 2013, op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/03/29/kamerbrief-over-beleidsbrief-mantelzorg.html>
- Nolan, P. D., & G. E. Lenski. (1999). *Human societies.: An introduction to macrosociology* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Norwegian Social Science Data Service. (2012). *ESS1 - 2002 Data Download*. Verkregen op 22 april 2013, van <http://ess.nsd.uib.no/ess/round1/download.html>
- Pichler, F., & Wallace, C. (2007). Patterns of formal and informal social capital in Europe. *European Sociological Review*, 23, 423-435. doi:10.1093/esr/jcm013
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24. doi:10.2307/223472
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78. Verkregen via <http://www.journalofdemocracy.org/>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2010). *Maatschappelijke baten. Deelrapport van de VTV 2010. Van Gezond naar beter*. Houten: BohnStafleu Van Loghum.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2013). *Scholing en opleiding: Wat is de huidige situatie?* Verkregen op 1 mei 2013, op <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/scholing-en-opleiding/huidig/>.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1999). Refining the association between education and health: The effects of quantity, credential, and selectivity. *Demography*, 36, 445-460. doi:10.2307/2648083
- Saris, W. E., & Gallhofer, I. N. (2003). *Work package 9 – Analysis of reliability and validity at the main stage*. Verkregen op 8 mei 2013, op <http://www.europeansocialsurvey.org/>
- Seeman, T.E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology* 6, 442-451.

- Seeman, T., Gleib, D., Goldman, N., Weinstein, M., Singer, B., & Lin, Y. H. (2004). Social relationships and allostatic load in Taiwanese elderly and near elderly. *Social Science & Medicine*, 59, 2245-2257.
- SCP/CBS (2012). *Armoedesignalement 2012. Den Haag: SCP/CBS.*
- Stronks, K., Van de Mheen, H., Van den Bos, J., & Mackenbach, J. P. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26, 592-600. doi:10.1093/ije/26.3.592
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131. doi:10.2307/3090173
- Ultee, W., Arts, W., & Flap, H. (2009). *Sociologie. Vragen, uitspraken, bevindingen*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 306-319.
- Van Eijck, K., & De Graaf, P. M. (2001). De invloed van persoonlijkheidskenmerken op het bereikte opleidingsniveau. *Mens en Maatschappij*, 76, 1-22.
- Van Oyen, H., Debrosere, P., & Charafeddine, R. (2011). *Sociale ongelijkheden gezondheid in België*. Gent: Academia Press.
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82, 816-820. doi:10.2105/AJPH.82.6.816
- Yngwe, M. A., Fritzell, J., Lundberg, O., Diderichsen, F., & Burstrom, B. (2003). Exploring relative deprivation: Is social comparison a mechanism in the relation between income and health? *Social Science & Medicine*, 57, 1463-1473. doi:10.1016/S0277-9536(02)00541-5
- Zunzunegui, M. V., Kone, A., Johri, M., Beland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 6. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081. doi:10.1016/j.socscmimed.2003.08.005