



De Context-Sensitive Positive Health Questionnaire (CPHQ_{2.0}), een brede gezondheidsvragenlijst gebaseerd op een combinatie van de Capability-benadering en Positieve Gezondheid

Esther J. Bloemen-van Gurp · Mirte Boelens · Marja van Vliet · Evelien M. Dubbeldeman · Elina Miteniece · Joost G. E. Verbeek · John A. J. Dierx · Jessica C. Kieffe-de Jong · Marieke D. Spreeuwenberg

Ontvangen op: 3 december 2025 / Geaccepteerd op: 16 april 2026 / Published online: 12 mei 2026
 © The Author(s) 2026

Samenvatting De Context-Sensitive Positive Health Questionnaire (CPHQ_{2.0}) is ontwikkeld om brede gezondheid te meten vanuit zowel de Capability-benadering als het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Waar traditionele instrumenten, zoals de EQ-5D-5L en IPH-17, zich vooral richten op gezondheidsstatus, integreert de CPHQ_{2.0} expliciet persoonlijke en contextuele factoren die van invloed zijn op iemands mogelijkheden om gezond te leven. De doorontwikkeling van de oorspronkelijke CPHQ_{1.0} naar de CPHQ_{2.0} omvatte tien focusgroepen, een expertvalidatie, een membercheck en een longitudinaal panelonderzoek ten behoeve van psychometrische analyse ($n=1001$). De resultaten tonen een robuuste factorstructuur met acht factoren: *mentale ontspanning, sociale acceptatie, welbevinden, vitaliteit, sociale steun, financiële*

middelen, gezondheidsvaardigheden en mobiliteit. Er is sprake van een goede interne consistentie ($CR > 0,77$) en test-hertestbetrouwbaarheid ($ICC > 0,70$). De CPHQ_{2.0} is inzetbaar binnen de zorgpraktijk, het sociaal domein en gezondheidsbeleid. Correlaties met de IPH-17 en EQ-5D-5L bevestigen de discriminante validiteit, waarbij de CPHQ_{2.0} zich onderscheidt doordat ze niet alleen inzicht geeft in brede gezondheid, maar ook de mogelijkheden meeneemt die iemand heeft om gezond te leven. De vragenlijst biedt daarmee waardevolle informatie voor gezondheidsbevordering.

Trefwoorden Positieve Gezondheid · Capability-benadering · gezondheidsvragenlijst · meetinstrumentvalidatie

The Context-Sensitive Positive Health Questionnaire (CPHQ_{2.0}), a broad health questionnaire based on a combination of the Capability Approach and the Positive Health concept

Abstract The Context-Sensitive Positive Health Questionnaire (CPHQ_{2.0}) was developed to measure broad health from both the Capability Approach and the Positive Health perspective. Whereas traditional instruments, such as the EQ-5D-5L and IPH-17, primarily focus on health status, the CPHQ_{2.0} explicitly integrates personal and contextual factors that influence an individual's opportunities to live healthily. The further development from the original CPHQ_{1.0} to CPHQ_{2.0} involved ten focus groups, expert validation, a member check, and a longitudinal panel study for psychometric analysis ($n=1001$). The results demonstrate a robust factor structure with eight domains: *mental relaxation, social acceptance, well-being, vitality, social support, financial resources, health literacy,*

E. J. Bloemen-van Gurp (✉)
 Hogeschool Zuyd, Lectoraat wijkgerichte zorg, Heerlen,
 Nederland

Fontys Paramedische Hogeschool, Center of Expertise
 Health, Eindhoven, Nederland
esther.vangurp@zuyd.nl

M. Boelens · E. M. Dubbeldeman · J. C. Kieffe-de Jong
 afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leids
 Universitair Medisch Centrum/Health Campus Den Haag,
 Den Haag, Nederland

M. van Vliet
 Instituut Positieve Gezondheid, Utrecht, Nederland

E. Miteniece · J. G. E. Verbeek · M. D. Spreeuwenberg
 afdeling Health Services Research, Care and Public Health
 Research Institute (CAPHRI), Faculteit Health Medicine and
 Life Sciences, Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

J. A. J. Dierx
 Avans Hogeschool, Centre of Expertise Perspective in Health,
 Research Group Equal Chances on Healthy Choices, Breda,
 Nederland

and *mobility*. It also had a good internal consistency ($CR > 0.77$) and test-retest reliability ($ICC > 0.70$). The CPHQ_{2.0} can be applied in healthcare practice, the social domain, and health policy. Correlations with the IPH-17 and EQ-5D-5L confirm discriminant validity, with the CPHQ_{2.0} distinguishing itself by not only providing insight into broad health, but also incorporating the opportunities individuals have to live healthily. As such, it offers valuable information for health promotion.

Keywords Positive Health · Capability Approach · Health questionnaire · Measurement instrument validation

Inleiding

De biomedische benadering van gezondheid heeft veel bijgedragen aan de vooruitgang van medische kennis, maar kent beperkingen bij het verklaren van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen [1]. Zo leven mensen met een lage sociaal-economische positie (SEP) gemiddeld zes jaar korter en hebben ze 24 minder gezonde levensjaren dan mensen met een hoge SEP [2]. Deze verschillen zijn slechts ten dele te verklaren door verschillen in individuele leefstijl, en hangen sterk samen met contextuele factoren, zoals werk, inkomen, sociale relaties en woonomgeving [3]. Het klassieke biomedische model volstaat hiermee niet langer, zeker als het gaat om complexe, contextgebonden gezondheidsvraagstukken, zoals leefstijlziekten, mentale overbelasting en sociaal-economische gezondheidsverschillen, omdat het onvoldoende rekening houdt met contextuele en gedragsmatige determinanten van gezondheid, en betekenisgeving en eigen regie niet meeneemt [4].

Om deze gezondheidsvraagstukken het hoofd te bieden, is een bredere, meer integrale benadering van gezondheid en welzijn essentieel. Waar de nadruk lange tijd lag op het behandelen van ziekten, groeit de aandacht voor preventie, gezond gedrag en het bevorderen van kwaliteit van leven [5]. Gezondheid wordt daarbij niet gezien als enkel de afwezigheid van ziekte, maar omvat ook aspecten die bijdragen aan het welzijn en de veerkracht van een persoon [6, 7]. Deze brede, multidimensionale kijk op gezondheid wordt inmiddels zowel nationaal als internationaal breed omarmd [8] en sluit aan bij de oproep vanuit het nationaal Congres Preventie en Gezondheid 2025 om gezondheid als maatschappelijke verantwoordelijkheid te benaderen, die alleen gerealiseerd kan worden door intersectorale samenwerking [9].

In dit licht bieden het gedachtegoed van Positieve Gezondheid en de Capability-benadering waardevolle perspectieven. Positieve Gezondheid is een holistische kijk die zich richt op het versterken van veerkracht en eigen regie, zodat mensen beter omgaan met de uitdagingen van het leven [10, 11]. In plaats van een focus op klachten staat in deze benadering

centraal hoe iemand zijn of haar leven ervaart en wat voor die persoon belangrijk is. Deze brede kijk stimuleert mensen om te denken in termen van wat wel mogelijk is en wat hen helpt om een betekenisvol en waardevol leven te leiden [10]. De Capability-benadering biedt een theoretisch kader om de interactie tussen individuele mogelijkheden en contextuele factoren te begrijpen. Het model benadrukt de reële mogelijkheden die iemand heeft om een gezond leven te leiden, in relatie tot persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren die bepalen in welke mate die mogelijkheden gerealiseerd kunnen worden [12, 13]. De Capability-benadering onderscheidt vier componenten. *Resources* zijn de middelen waarover iemand beschikt, terwijl *conversion factors* bepalen in hoeverre deze benut kunnen worden. Samen vormen ze de *capabilities*, de reële keuzemogelijkheden die iemand heeft. De *functionings* zijn vervolgens de feitelijke uitkomsten, oftewel wat iemand daadwerkelijk doet of bereikt [12]. De verbreding van het gezondheidsbegrip heeft belangrijke implicaties voor onderzoek en beleid. Traditionele meetinstrumenten, zoals de EQ-5D-5L [14], zijn waardevol voor het meten van gezondheidsgereleerde kwaliteit van leven, maar richten zich vooral op beperkingen en het functioneren [15]. Aspecten zoals zingeving, veerkracht en bredere contextfactoren blijven buiten beschouwing, waardoor dergelijke vragenlijsten minder goed aansluiten bij het gedachtegoed van Positieve Gezondheid of de Capability-benadering [16].

De IPH-17 is het eerste meetinstrument dat gezondheid meet vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid [17, 18]. Het biedt een breder perspectief dan traditionele instrumenten door naast ziekte en klachten ook veerkracht, betekenis, sociale verbondenheid, eigen regie en functioneren te incorporeren, waarmee het relevant is voor zorg, welzijn en beleid. Hoewel veelbelovend, zijn de validiteit en betrouwbaarheid van de onderliggende dimensies nog onvoldoende vastgesteld [17, 18]. Bovendien richt de IPH-17 zich primair op ervaren gezondheid, terwijl contextuele factoren als omgevingsveiligheid, sociale steun, financiële middelen en reële mogelijkheden om gezond te leven eveneens bepalend zijn [13].

Om deze bredere conceptualisering van gezondheid recht te doen, is de Context-Sensitive Positive Health Questionnaire (CPHQ_{1.0}) ontwikkeld, oftewel de (verkorte) Gezond Meten-vragenlijst [19]. Dit instrument brengt gezondheid multidimensionaal in kaart, met aandacht voor ongelijkheden, onderliggende oorzaken en reële mogelijkheden om gezond te leven, in lijn met de Capability-benadering [12, 13] en Positieve Gezondheid [10]. Hoewel de factorstructuur en concurrente validiteit van de CPHQ_{1.0} goed waren, was de betrokkenheid van eindgebruikers beperkt, waardoor verdere evaluatie nodig was om het draagvlak en de praktische toepasbaarheid te vergroten [19]. Dit artikel geeft een overzicht van het ontwikkel- en validatietraject dat tot de com-

pacte, betrouwbare en breed toepasbare vragenlijst, de CPHQ_{2.0} leidde. Gedetailleerde analyses van de deelonderzoeken (focusgroepen en panelonderzoek) zijn elders gepubliceerd [20, 21].

Methode

De doorontwikkeling van de CPHQ_{1.0} bestond uit focusgroepen met expertvalidatie en een membercheck, en uit een longitudinaal panelonderzoek.

Focusgroepen

Om de perspectieven van de verschillende stakeholders te leren kennen en zodoende te kunnen komen tot een breed gedragen, begrijpelijke en toepasbare vragenlijst werden in heel Nederland focusgroepen georganiseerd met Nederlandssprekende volwassenden (18+). De werving vond plaats via sociale media, het eigen netwerk en (zorg)professionals, en richtte zich op professionals in zorg en welzijn, beleidsmedewerkers, onderzoekers, patiënten en burgers, met speciale aandacht voor mensen met een lagere SEP. De 32 originele items van de CPHQ_{1.0} vormden input voor de focusgroepsessies. Deelnemers beoordeelden de items in twee rondes op relevantie voor 'brede gezondheid' en op de formulering.

Gestart werd met een kwalitatieve ronde, waarin de items in groepsdiscussies werden besproken en door middel van memo's van schriftelijke feedback werden voorzien. In een kwantitatieve ronde beoordeelden deelnemers vervolgens ieder item individueel (behouden, aanpassen of weglaten), met daarnaast één 'gouden ticket' om het belangrijkste item te markeren. De groepsdiscussies werden opgenomen, getranscribeerd en thematisch geanalyseerd.

De kwantitatieve resultaten werden per focusgroep beoordeeld op basis van de COMET-beslisregels [22]: een item werd behouden bij >50% 'behouden' en ≤15% 'weglaten', aangepast bij >50% 'aanpassen' en ≤15% 'behouden', en weggelaten bij >50% 'weglaten' en ≤15% 'behouden'.

Items met het label 'aanpassen' werden door een multidisciplinaire kerngroep, bestaande uit zes onderzoekers met uiteenlopende achtergronden (psychologie en statistiek, populatiegezondheid, Positieve Gezondheid, gezondheidsbevordering en -gedrag, voedingswetenschappen en participatief onderzoek) aangepast op basis van de kwalitatieve feedback op de memo's. Bij discrepanties tussen focusgroepen werd een besluit genomen op basis van de groepsdiscussies en de 'gouden tickets'.

Expertvalidatie

De items die uit de focusgroepen voortkwamen en waar nodig door de kerngroep waren herzien, werden vervolgens in twee rondes gevalideerd: eerst binnen de brede projectgroep (de kerngroep plus

onderzoekers van een derde universiteit, een topklinisch ziekenhuis, en experts vanuit IPH en Vilans), daarna binnen het landelijke onderzoeksnetwerk Positieve Gezondheid (<https://www.iph.nl/nieuws/consortium-onderzoek-positieve-gezondheid/>). In een gestructureerd consensusproces beoordeelden de deelnemers elk item op relevantie, duidelijkheid en theoretische aansluiting. Items die discussie opriepen, werden gezamenlijk aangepast tot consensus bereikt was. Vervolgens classificeerde de kerngroep de items volgens de componenten van de Capability-benadering: *resources*, *conversion factors*, *functionings* en *capabilities* [12].

Member check

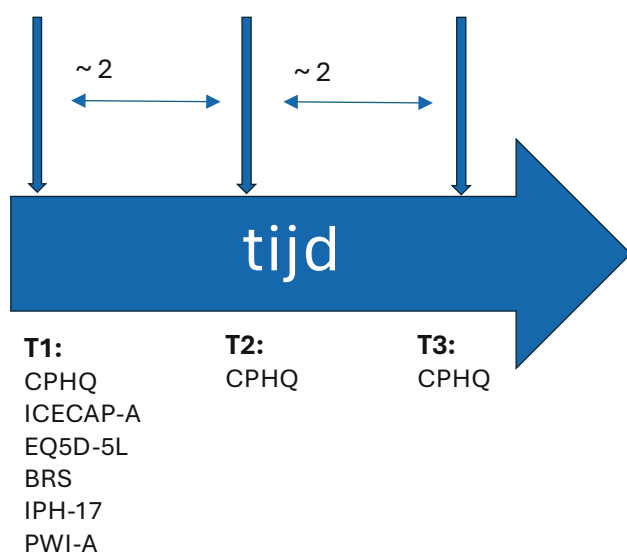
De herziene versie van de CPHQ_{1.0} werd voor een member check voorgelegd aan focusgroepdeelnemers die hiervoor toestemming hadden gegeven. Zij beoordeelden de leesbaarheid, begrijpelijkheid en formulering van de items en de kopjes op een schaal van 0 (slecht) tot 10 (uitstekend) en gaven hun voorkeur aan voor respectievelijk een visuele (smiley) en een tekstuele antwoordschaal.

Een uitgebreide beschrijving van het focusgroeponderzoek is te lezen in het artikel van Boelens et al. [20].

Longitudinaal panelonderzoek

Een panelonderzoek analyseerde vervolgens de validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de herziene CPHQ (verder CPHQ_{1.1} genoemd). Deelnemers werden geworven via het online panel van Flycatcher (<https://www.flycatcher.eu/nl/>). Inwoners van achttien jaar en ouder, en woonachtig in Nederland werden geselecteerd door middel van een gestratificeerde steekproef op basis van geslacht, leeftijd, SEP en regio. De deelnemers vulden de items die waren overgebleven na de focusgroepen, expertvalidatie en member check in op drie momenten, met een interval van ongeveer twee weken. De items werden beoordeeld op een vijfpuntslikertschaal, waarbij hogere scores een positieve reactie aangaven. Eén negatief geformuleerd item werd omgekeerd gescoord. Scores werden berekend als het gemiddelde van alle items, waarbij het negatief geformuleerde item werd omgeschaald.

Om de concurrente validiteit te toetsen vulden de deelnemers op T1 behalve de CPHQ_{1.1} ook andere vragenlijsten in, namelijk de EQ-5D-5L [14], IPH-17 [18], BRS [23], ICECAP-A [24] en PWI-A [25] (zie fig. 1). Op T2 en T3 werd de CPHQ_{1.1} herhaald, aangevuld met vragen over zowel positieve als ingrijpende levensgebeurtenissen in de voorgaande twee weken (bijvoorbeeld veranderingen in werk, ziekte, overlijden van een naaste, verhuizing, relatieveranderingen, financiële problemen, nieuwe baan of gezinsuitbreiding), om de mogelijke invloed daarvan op de analyses te onderzoeken. Demografische kenmerken van de deelnemers (geslacht, leeftijd, opleiding, SEP, regio, inko-



Figuur 1 Longitudinaal panelonderzoek (T1 tijds punt 1, T2 tijds punt 2, T3 tijds punt 3, CPHQ Context Specific Health Questionnaire, ICECAP-A Investigating Choice Experiments Capability Measure-Adults, EQ-5D-5L EuroQol 5-dimensions 5-levels, BRS Brief Resilience Scale, IPH-17 Institute Positive Health-17 items, PWI-A Personal Wellbeing Index-Adult)

men, woonsituatie en geboorteland) werden door Flycatcher aangeleverd en maakten geen deel uit van de vragenlijst.

Factoranalyse

Om de validiteit van de CPHQ_{1.1} te beoordelen werden zowel een *exploratory factor analysis* (EFA), *item response theory* (IRT) en een *confirmatory factor analysis* (CFA) toegepast. De EFA werd uitgevoerd om te onderzoeken welke onderliggende factoren of constructen de items representeren, zonder vooraf aannamen te doen over de structuur. Vervolgens werd de IRT gebruikt om te analyseren hoe goed afzonderlijke items verschillende niveaus van het onderliggende construct kunnen onderscheiden en hoe betrouwbaar ze zijn. De CFA toetste ten slotte of de factorstructuur die in de EFA werd geïdentificeerd, daadwerkelijk goed past bij de data en de theoretische verwachtingen. Er werd gewerkt met RStudio (versie 2023.06.1) en de dataset werd willekeurig verdeeld in twee subgroepen, die vergelijkbaar waren op sociaal-demografische kenmerken. De EFA en IRT werden uitgevoerd op subgroep 1, waarna de CFA op subgroep 2 de factorstructuur bevestigde en de generaliseerbaarheid testte. Items met een *pattern loading* $\geq 0,40$, die de onderliggende factoren sterk weerspiegelen en het construct betrouwbaar meten, werden behouden [26].

De factoranalyse leidde tot de doorontwikkeling van de CPHQ_{1.1} naar de CPHQ_{2.0}, die vervolgens werd beoordeeld op betrouwbaarheid, validiteit en test-herteststabiliteit.

Betrouwbaarheid

De interne consistentie van de CPHQ_{2.0} werd getoetst met de *composite reliability* (CR), waarbij een waarde boven 0,6 duidt op voldoende betrouwbaarheid, wat erop wijst dat de items binnen elk construct dezelfde onderliggende factor meten [26]. De convergente validiteit werd beoordeeld met de *average variance extracted* (AVE); een AVE boven 0,5 geeft aan dat de items voldoende variantie in het onderliggende construct verklaren en het meetmodel het beoogde construct adequaat meet [26].

Concurrente validiteit

De concurrente validiteit werd vastgesteld door na te gaan of de resultaten van de CPHQ_{2.0} overeenkomen met die van bestaande, reeds erkende vragenlijsten. Correlaties (r) werden geïnterpreteerd als zwak ($<0,3$), matig tot sterk ($0,3-0,7$) of zeer sterk ($>0,7$) [27, 28].

Test-hertestvaliditeit

De test-hertestvaliditeit van de CPHQ_{2.0}, zowel op het niveau van de afzonderlijke factoren als dat van de totaalscore, werd onderzocht met lineaire multilevelmodellen en gewogen Kappa-analyses. De modellen analyseerden veranderingen over T0, T1 en T2, waarbij werd gecorrigeerd voor positieve en negatieve levensgebeurtenissen om ongewenste invloeden op de uitkomsten te voorkomen. Met een random-intercept-model werd voor iedere deelnemer een eigen startniveau toegestaan, zodat individuele verschillen in beginwaarden werden meegenomen. Op basis van deze modellen werden *intraclass correlation coefficients* (ICC's) berekend, die aangeven hoeveel van de totale variatie in de uitkomst wordt verklaard door verschillen tussen personen, waarmee ze een maat vormen voor de samenhang binnen personen over de tijd. Tegelijkertijd beoordeelde de gewogen Kappa-analyse de overeenstemming tussen meetmomenten, waarbij afwijkingen werden gewogen naar hun grootte, zodat kleine verschillen minder zwaar tellen dan grote, wat een genuanceerd beeld geeft van de stabiliteit over tijd. De Kappa-waarden, inclusief 95%-betrouwbaarheidsintervallen, gaven de sterkte van de overeenstemming weer. Waarden boven 0,80 duiden op uitstekende overeenstemming, waarden tussen 0,60 en 0,80 op goede overeenstemming, en waarden tussen 0,40 en 0,60 op een matige mate van overeenstemming [29].

Resultaten

Focusgroepen

Tien focusgroepen werden uitgevoerd met in totaal 76 deelnemers: acht onderzoekers/experts, veertien beleidsmakers (nationaal niveau), acht beleidsma-

kers (regionaal niveau), tien medisch specialisten/verpleegkundigen, zes paramedici, acht patiënten, acht burgers, acht burgers met een lage SEP en zes personen met diverse achtergronden (restgroep). Het merendeel van de deelnemers was vrouw. De professionals hadden gemiddeld vijf tot tien jaar werkervaring met een tendens richting hoger opgeleiden. De patiënten en burgers waren over het algemeen relatief laag opgeleid.

De kwalitatieve input uit de focusgroepen leidde tot zes hoofdthema's gericht op formulering van het item, overlap met andere items, overbodige items, het belang voor de gezondheid, ontbrekende items en de lengte van de vragenlijst en de duur van het invullen ervan.

De kwantitatieve analyse resulteerde erin dat acht items werden behouden, twee items werden wegge laten en 22 items werden aangepast, waarvan zeven items werden samengevoegd met andere items. Dit resulteerde in een totaal van 23 items [20]. Van de 'gouden tickets' ($n=76$) gingen er 22 naar het item 'Ik voel me gezond'; 35 tickets werden verdeeld over verschillende items zonder duidelijke voorkeur, zes tickets werden niet ingezet en dertien tickets werden toegekend aan items uit andere vragenlijsten of aan zelfbedachte suggesties.

De 23-itemvragenlijst resulterende uit de focusgroepen werd geclassificeerd volgens de componenten van de Capability-benadering, en werd vervolgens voorgelegd aan experts.

Expertvalidatie

De expertvalidatie leidde tot enkele verfijningen van de items voor een meer consistente formulering. In lijn met een voorkeur voor korte, heldere items werden bovendien langere zinnen ingekort.

Daarnaast werden op basis van de feedback van experts en discussies binnen de kerngroep vijf extra items toegevoegd die eerder volgens de COMET-beslisregels waren weggefallen. Deze aanvullende items dienden om de conceptuele dekking te versterken en laat zien dat een combinatie van empirische input (stakeholders) en theorie nodig is om tot een inhoudelijk compleet meetinstrument te komen. Zo groeide de CPHQ_{1.1} van 23 naar 28 items [20].

Member check

De resulterende 28 vragen werden vervolgens voor een member check voorgelegd aan 55 van de 76 focusgroepeelnemers. De member check toonde aan dat de vragen als leesbaar ($8,0 \pm 1,6$) en begrijpelijk ($8,2 \pm 1,1$) beoordeeld werden (schaal 0 = helemaal niet goed tot 10 = zeer goed). Ook de subkopjes bleken voldoende duidelijk ($7,5 \pm 1,7$). De member check resulteerde niet in aanpassingen van de vragen [20].

Er was geen consensus over het type antwoordopties. De kerngroep koos daarom voor een inclusieve aanpak: zowel tekstuele antwoorden als smileys op een vijfpuntsschaal werden opgenomen.

Tabel 1 Overzicht van de twintig items van de CPHQ_{2.0}, bijbehorende factoren en dimensies

	item	factor	dimensie
1	Ik heb mensen die mij steunen	sociale steun	mijn omgeving
2	Ik heb mensen met wie ik leuke dingen kan doen	sociale steun	mijn omgeving
3	Ik heb geld om gezond te leven	financiële middelen	mijn omgeving
4	Ik heb geld om de dingen die ik belangrijk vind te doen	financiële middelen	mijn omgeving
5	Ik kan ontspannen	mentale ontspanning	waar ik toe in staat ben
6	Ik kan genieten	welbevinden	waar ik toe in staat ben
7	Ik kan bewegen	mobiliteit	waar ik toe in staat ben
8	Ik kan actief zijn in mijn omgeving	mobiliteit	waar ik toe in staat ben
9	Ik kan informatie over mijn gezondheid begrijpen	gezondheidsvaardigheden	waar ik toe in staat ben
10	Ik kan hulp vinden voor mijn gezondheid	gezondheidsvaardigheden	waar ik toe in staat ben
11	Ik voel mij fit	vitaliteit	ervaren gezondheid
12	Ik voel mij gezond	vitaliteit	ervaren gezondheid
13	Ik voel mij rustig	mentale ontspanning	ervaren gezondheid
14	Ik voel mij gelukkig	welbevinden	ervaren gezondheid
15	Ik voel dat mijn leven zinvol is	welbevinden	ervaren gezondheid
16	Ik voel mij dankbaar voor het leven	welbevinden	ervaren gezondheid
17	Ik voel me geaccepteerd	sociale steun	ervaren gezondheid
18	Ik voel me buitengesloten	sociale steun	ervaren gezondheid
19	Ik voel dat ik erbij hoor	sociale steun	ervaren gezondheid
20	Ik voel dat mensen mij steunen	sociale steun	ervaren gezondheid

Tabel 2 Correlatiematrix CPHQ_{2.0}, EQ-5D-5L en IPH-17 (*n* = 1001)

CPHQ _{2.0}		mentale ontspanning	sociale acceptatie	welbevinden	vitaliteit	sociale steun	financiële middelen	gezondheidsvaardigheden	mobilititeit	totale score
EQ5D	Mobilititeit	-0,08	-0,13	-0,19	-0,45*	-0,17	-0,22	-0,19	-0,47*	-0,34*
	Zelfzorg	-0,05	-0,08	-0,09	-0,29	-0,06	-0,11	-0,09	-0,28	-0,19
	Activiteiten	-0,22	-0,27	-0,32*	-0,58*	-0,19	-0,29	-0,23	-0,49*	-0,47*
	Pijn-ongemak	-0,19	-0,19	-0,26	-0,55*	-0,20	-0,27	-0,19	-0,42*	-0,41*
	Angst-somberheid	-0,55*	-0,44*	-0,51*	-0,33*	-0,31*	-0,14	-0,16	-0,20	-0,47*
	EQ-index	0,36*	0,32*	0,43*	0,66*	0,25	0,29	0,24	0,47*	0,55*
	EQVAS	0,38*	0,36*	0,44*	0,61*	0,30*	0,29	0,25	0,50*	0,56*
IPH-17	fysiek functioneren	0,33*	0,32*	0,45*	0,82**	0,30*	0,34*	0,29	0,65*	0,64*
	mentaal functioneren	0,42*	0,34*	0,40*	0,43*	0,29	0,25	0,28	0,28	0,48*
	toekomstperspectief	0,36*	0,40*	0,59*	0,55*	0,42*	0,32*	0,36*	0,43*	0,61*
	kwaliteit van leven	0,59*	0,54*	0,76**	0,64*	0,48*	0,32*	0,31*	0,48*	0,74**
	sociale relaties	0,43*	0,68*	0,66*	0,39*	0,72**	0,30*	0,37*	0,43*	0,69*
	dagelijks functioneren	0,43*	0,36*	0,42*	0,48*	0,30*	0,27	0,36*	0,41*	0,54*
	totaalscore	0,54*	0,55*	0,69*	0,72**	0,52*	0,38*	0,41*	0,58*	0,78**

< 0,3 = zwakke correlatie, 0,3–0,7 = matig tot sterke correlatie*; > 0,7 = sterke correlatie (**)

Longitudinaal panelonderzoek

De 28 items van de CPHQ_{1.1} werden ingevuld door respectievelijk 1001 (T1), 714 (T2) en 543 (T3) deelnemers, die representatief waren voor de Nederlandse bevolking van achttien jaar en ouder wat betreft geslacht, SEP en regio van woonplaats. De deelnemers op T2 en T3 betroffen een subgroep van de deelnemers op T1.

Factoranalyse

De EFA (*n* = 500) identificeerde acht factoren: mentale ontspanning, sociale acceptatie, welbevinden, vitaliteit, sociale steun, financiële middelen, gezondheidsvaardigheden en mobilititeit, met *loadings* van 0,43–1,00, wat wijst op een goede samenhang van items met hun factor. Acht items met een loading < 0,40 werden verwijderd om de validiteit te waarborgen. De IRT-analyse toonde aan dat de meeste items sterk samenhangen met hun factor (0,77–0,99) en de CFA bevestigde de factorstructuur en de goede samenhang tussen items en het onderliggende construct dat de vragenlijst beoogt te meten [21].

Het panelonderzoek resulteerde in een 20-itemvragenlijst, de CPHQ_{2.0}, onderverdeeld in acht factoren, gerangschikt volgens de Capability-benadering en gestructureerd onder de kopjes ‘Mijn omgeving’, ‘Waar ik toe in staat ben’ en ‘Ervaren gezondheid’ (tab. 1).

Betrouwbaarheid

De CPHQ_{2.0} vertoont een hoge interne consistentie, met CR-waarden boven 0,77 voor de meeste factoren. De factor ‘financiële middelen’ scoort het hoogst (CR = 0,90; AVE = 0,92). De factor ‘gezondheidsvaardig-

heden’ laat daarentegen de laagste waarden zien (CR = 0,59; AVE = 0,57) [21].

Concurrerende validiteit

Tabel 2 toont de correlaties van de CPHQ_{2.0} met zowel de EQ-5D-5L als de IPH-17, waarbij de samenhang met de EQ-5D-5L varieert van zwak tot matig/sterk (*r* = -0,05 tot *r* = 0,66). De totale CPHQ_{2.0}-score vertoont een matig/sterke samenhang met zowel de EQ-index (*r* = 0,55) als de EQ VAS (*r* = 0,56).

De samenhang met de IPH-17 was overwegend matig/sterk, met enkele sterke correlaties. Zo correleerde ‘vitaliteit’ sterk met ‘fysiek functioneren’ (*r* = 0,82) en matig/sterk met de IPH-17 ‘totaalscore’ (*r* = 0,72). ‘Welbevinden’ hing sterk samen met ‘kwaliteit van leven’ (*r* = 0,76). De totale CPHQ_{2.0}-score vertoonde een sterke correlatie met de totale IPH-17-score (*r* = 0,78).

De correlatie met andere vragenlijsten (ICECAP-A, BRS en PWI-A) varieert tussen 0,45 en 0,80 (totaalscore) en wordt beschreven in het artikel van Dubbel-deman [21].

Test-hertestvaliditeit

De test-hertestanalyse laat zien dat de CPHQ_{2.0}-factoren en -totaalscore over het algemeen stabiel zijn over de tijd, met uitzondering van ‘sociale acceptatie’, die licht daalde tussen T0 en T1 ($\beta = -0,844$, *p* = 0,043). Negatieve levensgebeurtenissen verlaagden de scores van ‘mentale ontspanning’, ‘welbevinden’, ‘vitaliteit’ en de totaalscore, terwijl positieve gebeurtenissen geen significante stijgingen gaven.

De ICC's zijn overwegend hoog (> 0,70), met de hoogste correlaties voor ‘totaalscore’ (0,88), gevolgd door ‘welbevinden’ (0,85), ‘sociale acceptatie’ (0,78),

‘vitaliteit’ (0,78), ‘financiële middelen’ (0,75), ‘mentale ontspanning’ (0,75), ‘sociale steun’ (0,73) en ‘mobiliteit’ (0,72). ‘Gezondheidsvaardigheden’ toont een lagere ICC (0,62), wat wijst op grotere variabiliteit.

De gewogen Kappa's tussen T0–T1 (0,62–0,81) en T0–T2 (0,60–0,80) laten zien dat de CPHQ_{2.0} over de tijd een matige tot substantiële stabiliteit vertoont. De hoogste overeenstemming werd gevonden bij ‘vitaliteit’ (T0–T1=0,81; T0–T2=0,75) en ‘welbevinden’ (T0–T1=0,77; T0–T2=0,80), terwijl de factor ‘gezondheidsvaardigheden’ relatief minder consistent was (T0–T1=0,62; T0–T2=0,60), wat wijst op meer variatie over tijd.

Beschouwing

Dit artikel beschrijft het ontwikkel- en validatietraject van de CPHQ_{1.0} naar de compacte, valide en betrouwbare CPHQ_{2.0} [19]. Gedetailleerde deelanalyses zijn elders gepubliceerd [20, 21]. De CPHQ_{2.0} beoogt brede gezondheid in kaart te brengen, inclusief functioneren, contextuele factoren en individuele capaciteiten. Het instrument biedt daarmee inzicht in iemands mogelijkheden om gezond te zijn en te blijven, en in de mate van eigen regie.

De doorontwikkeling resulteert in een robuuste en psychometrisch valide vragenlijst met acht factoren: mentale ontspanning, sociale acceptatie, welbevinden, vitaliteit, sociale steun, financiële middelen, gezondheidsvaardigheden en mobiliteit. De structuur vertoont conceptuele overlap met zowel de Capability-benadering als het gedachtegoed van Positieve Gezondheid en sluit grotendeels aan bij de CPHQ_{1.0} [19]. De CPHQ_{2.0} is compacter (20 versus 32 items), en drie factoren (politieke vertegenwoordiging, omgevingsveiligheid en veerkracht) werden op basis van focusgroeppresultaten en factoranalyse uitgesloten. Dit versterkt de psychometrische robuustheid, maar benadrukt ook de spanning tussen theoretische breedte en psychometrische robuustheid.

Bij het bepalen van de factorstructuur werd een afkapwaarde van 0,40 gehanteerd. Deze drempel biedt een gangbare en methodologisch verdedigbare balans tussen het behouden van voldoende items per factor en het waarborgen van een adequate interne consistentie van de schaal [28]. Deze keuze blijkt tevens gerechtvaardigd in het licht van de gevonden betrouwbaarheidsindices. De meeste factoren van de CPHQ_{2.0} tonen een goede tot uitstekende betrouwbaarheid. Voor ‘gezondheidsvaardigheden’ werden lagere betrouwbaarheidswaarden gevonden. Gezien het belang van dit construct binnen de Capability-benadering [12, 13] is vervolgonderzoek wenselijk om de conceptuele afbakening en interne consistentie verder te versterken.

Waarden van de ICC >0,90 worden in de literatuur vaak beschouwd als een indicatie van excellente betrouwbaarheid en worden geadviseerd voor instrumenten die bedoeld zijn om individuele veranderingen

over tijd te monitoren, terwijl waarden tussen 0,75 en 0,90 doorgaans als ‘goed’ worden geïnterpreteerd voor groeps- of populatiemeting [30]. Gezien de hoge ICC-waarden voor de totaalscore en de meeste factoren (0,75–0,88) is de CPHQ_{2.0} geschikt voor het monitoren van brede gezondheid op groeps- of populatieniveau, terwijl voorzichtigheid geboden is bij interpretatie van individuele veranderingen.

De factor ‘sociale acceptatie’ in de CPHQ_{2.0} bevat zowel positief als negatief geformuleerde items. Deze keuze is gebaseerd op focusgroepdiscussies, waarin met name deelnemers met een lagere SEP zich sterker identificeerden met negatief geformuleerde items, terwijl professionals en experts een voorkeur hadden voor positief geformuleerde items [20]. Het combineren van beide perspectieven draagt bij aan een meer inclusieve en realistische weergave van ervaren sociale acceptatie.

De doorontwikkeling van de CPHQ_{1.0} vond plaats in samenwerking met een diverse groep stakeholders. Selectiebias kan echter niet worden uitgesloten: vrouwen en hoger opgeleide professionals waren oververtegenwoordigd in de focusgroepen, terwijl patiënten en burgers relatief lager waren opgeleid. Deze samenstelling kan invloed hebben gehad op de perspectieven die in de focusgroepen naar voren zijn gekomen en daarmee op de generaliseerbaarheid van de bevindingen. In het panelonderzoek werd via gestratificeerde steekproeftrekking representativiteit voor de Nederlandse bevolking op kernkenmerken nagestreefd. Niettemin kan selectiebias niet worden uitgesloten, aangezien deelname afhankelijk was van digitale vaardigheden en bereidheid tot herhaalde metingen. Dit kan de generaliseerbaarheid beperken, met name voor kwetsbare populaties.

Het panelonderzoek toonde aan dat negatieve levensgebeurtenissen de scores op factoren als ‘mentale ontspanning’, ‘welbevinden’ en ‘vitaliteit’ verlaagden, terwijl positieve gebeurtenissen geen significante verhogingen lieten zien. Deze bevinding suggereert dat de CPHQ_{2.0} in staat is verslechtingen in brede gezondheid te detecteren, maar mogelijk minder gevoelig is voor positieve veranderingen. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het verder onderzoeken en optimaliseren van de sensitiviteit van de CPHQ_{2.0} voor positieve veranderingen in gezondheid en welzijn.

Sterke correlaties met verwante factoren van de IPH-17 en EQ-5D-5L ondersteunen de convergente validiteit, terwijl lagere correlaties met minder verwante factoren wijzen op discriminante validiteit en suggereren dat de CPHQ_{2.0} deels unieke, context- en capaciteitsgebonden aspecten van gezondheid meet. De CPHQ_{2.0} onderscheidt zich van de IPH-17 door aanvullende contextuele en capaciteitsgerichte factoren, zoals financiële middelen, gezondheidsvaardigheden en mobiliteit, mee te nemen. Waar de IPH-17 vooral geschikt is voor het gesprek in zorg en praktijk,

leent de CPHQ_{2.0} zich met name voor beleidsmatige, populatiegerichte en evaluatieve toepassingen.

Vervolgonderzoek dient zich te richten op validatie in diverse en kwetsbare populaties (inclusief jongeren), het vaststellen van de responsiviteit in longitudinale en interventieonderzoeken en de ontwikkeling van normscores, om interpretatie en toepassing van de CPHQ_{2.0} in onderzoek, praktijk en beleid verder te versterken.

Conclusie

De CPHQ_{2.0} is een robuuste, breed gedragen, betrouwbare en valide vragenlijst voor het meten van brede gezondheid onder volwassenen binnen de zorgpraktijk, het sociaal domein en het gezondheidsbeleid. Door aandacht te besteden aan zowel persoonlijke als contextuele factoren sluit de vragenlijst nauw aan bij hedendaagse multidimensionale concepten van gezondheid en onderscheidt ze zich van bestaande vragenlijsten, zoals de EQ-5D-5L. De CPHQ_{2.0} en de IPH-17 zijn beide ontwikkeld vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid en vertonen inhoudelijke overlap, maar verschillen in accenten. Waar de IPH-17 zich primair richt op ervaren gezondheid, integreert de CPHQ_{2.0} daarnaast expliciet contextuele factoren die van invloed zijn op gezondheid, in lijn met de Capability-benadering.

Dankbetuiging Wij danken de leden van de brede projectgroep, te weten Lenny Nahar-van Venrooij (Jeroen Bosch Ziekenhuis), Tim van Zutphen (Rijksuniversiteit Groningen), Jaron Schnitzer en Janienke Sturm (Fontys Paramedische Hogeschool), Elske van den Akker-van Marle (Leids Universitair Medisch Centrum), Miriam de Kleijn (Institute of Positive Health), Hanneke Noordam en Vera van Druten (Vilans) en leden van het onderzoeksnetwerk Positieve Gezondheid voor hun waardevolle bijdrage en feedback tijdens het ontwikkelings- en validatieproces van de CPHQ_{2.0}.

Financiering Dit onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij financiering vanuit ZonMw (projectnummer 2537450).

Data Availability Data are available and can be requested by the corresponding author.

Ethiek Voor dit onderzoek is goedkeuring verkregen van de medisch-ethische toetsingscommissie van het Leids Universitair Medisch Centrum (protocol 19035).

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission

directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Literatuur

1. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099–104.
2. Volksgezondheid en Zorg (VZinfo). Levensverwachting en gezonde levensjaren. 2023. <https://www.vzinfo.nl/levensverwachting-en-gezonde-levensjaren>. Accessed 8.2.2026.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheidsverschillen in Nederland. 2022. <https://www.rivm.nl/gemeente/preventie-zorg-en-welzijn/gezondheidsverschillen>. Accessed 8.2.2026.
4. Wilderink L, Bakker I, Schuit AJ, et al. A theoretical perspective on why socioeconomic health inequalities are persistent: building the case for an effective approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:8384.
5. Koornstra A, Plochg T. Preventie in de zorg. *TSG Tijdschr Gezondheidswet*. 2015;93:77–8.
6. Heikkinen E. A paradigm shift: from disease to health orientation. *Aging Male*. 2000;3(4):171–6.
7. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:4163.
8. van Vliet M, de Kleijn M, van den Brekel-Dijkstra K, et al. Rapid review on the concept of positive health and its implementation in practice. *Healthcare (Basel)*. 2024;12:671.
9. Keijsers JFEM, Jansen MWJ, van de Goor IAM, et al. Het Nationaal Congres Preventie Gezondheid 2025. *TSG Tijdschr Gezondheidswet*. 2025;103:125–9.
10. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a patient-centred operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6:e010091.
11. Johansen F, Looibach D, Stoopendaal A. Positieve gezondheid: verandering van taal in de gezondheidszorg. *Beleid Maatsch*. 2023;50:4–21.
12. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2011.
13. Robeyns I. The capability approach: a theoretical survey. *J Hum Dev Capab*. 2005;6:93–117.
14. Feng YS, Kohlmann T, Janssen ME, et al. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review. *Qual Life Res*. 2021;30:647–73.
15. Devlin NJ, Brooks R. EQ-5D and the EuroQol Group: past, present and future. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017;15:127–37.
16. Chen G, Olsen JA. Filling the psycho-social gap in the EQ-5D: the empirical support for four bolt-on dimensions. *Qual Life Res*. 2020;29:3119–29.
17. Doornenbal BM, Vos RC, van Vliet M, et al. Measuring positive health: concurrent and factorial validity based on a representative Dutch sample. *Health Soc Care Community*. 2022;30:e2109–e17.
18. van Vliet M, Doornenbal BM, Boerema S, et al. Development and psychometric evaluation of a positive health measurement scale: a factor analysis study based on a Dutch population. *BMJ Open*. 2021;11:e040816.
19. Doornenbal BM, van Zutphen T, Beumeler LFE, et al. Development and validation of a context-sensitive positive health questionnaire (CPHQ): a factor analysis and multivariate regression study. *J Patient Rep Outcomes*. 2024;8:44.

20. Boelens M, Roumen C, Bloemen-van Gurp EJ, et al. Stakeholder and end-user perspectives to improve the context-sensitive positive health questionnaire (CPHQ) to measure broad health. medRxiv. 2025;2025.08.01.25332588.
21. Dubbeldeman EM, Boelens M, Bloemen-van Gurp EJ, et al. A longitudinal psychometric evaluation of a context-sensitive positive health questionnaire for measuring broad health in Dutch adults. 2025 <https://doi.org/10.1101/2025.08.23.25334290>.
22. Williamson PR, Altman DG, Bagley H, et al. The COMET Handbook: version 1.0. Trials. 2017;18:280.
23. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, et al. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. Int J Behav Med. 2008;15:194–200.
24. Al-Janabi H, Flynn TN, Coast J. Development of a self-report measure of capability wellbeing for adults: the ICECAP-A. Qual Life Res. 2012;21:167–76.
25. Jovanović V, Cummins RA, Weinberg M, et al. Personal wellbeing index: a cross-cultural measurement invariance study across four countries. J Happiness Stud. 2019;20:759–75.
26. Shrestha N. Factor analysis as a tool for survey analysis. American Journal of Applied Mathematics and Statistics. 2021;9(1):4–11.
27. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
28. Ratner B. The correlation coefficient: its values range between +1/–1, or do they? J Target Meas Anal Mark. 2011;19(2):139–42.
29. Landis J, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159–74.
30. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med. 2016;15(2):155–63.