



VOORDAT U BEGINT

Allereerst hartelijk dank dat u meedoet aan dit onderzoek! Lees hieronder hoe u de vragenlijst invult.



Zet een kruisje in het hokje bij uw gekozen antwoord: Foutje gemaakt? Maak dan het goede hokje zwart:



Bij getallen vult u één cijfer per hokje in.
Voorbeeld: uw geboortjaar is 1964

goed

1	9	6	4
---	---	---	---

fout

		19	64
--	--	----	----



Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0200 823 (gratis) of mail naar helpdesk@gm2020.nl
U krijgt dan contact met DESAN, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek. De helpdesk kan u helpen met het invullen van de vragenlijst. Dit kan ook in een andere taal.



BELANGRIJK

Om uw antwoorden op de vragenlijst te verwerken hebben wij uw toestemming nodig. Uw gegevens worden alleen voor onderzoek gebruikt en volgens de privacyverklaring verwerkt. De privacyverklaring vindt u op www.gm2020.nl

A0 Geeft u toestemming? Zet een kruisje.

Ja, ik geef toestemming om de antwoorden die ik in deze vragenlijst geef te verwerken voor onderzoek



ALGEMEEN

A1 Wat is uw geslacht? Vul het geslacht in dat in uw paspoort of op uw identiteitskaart staat.

man
 vrouw

A2 Wat is uw geboortjaar?

--	--	--	--

A3 Wat is uw burgerlijke staat?

getrouwd / geregistreerd partnerschap
 samenwonend
 niet getrouwd, nooit getrouwd geweest
 gescheiden, gescheiden levend
 weduwe, weduwnaar

A4 Met welke personen woont u momenteel samen?
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

met een partner / echtgenoot of echtgenote
 met kind(eren) jonger dan 18 jaar
 met kind(eren) van 18 jaar of ouder
 met mijn ouder(s)
 met een andere volwassene / andere volwassenen
 ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie
 ik woon alleen



UW GEZONDHEID

B1 Hoe is over het algemeen uw gezondheid?
Is deze:

zeer goed
 goed
 gaat wel
 slecht
 zeer slecht



LENGTE EN GEWICHT

- C1** Hoe lang bent u (zonder schoenen)? centimeter
- C2** Hoeveel kilo weegt u zonder kleren?
Indien u zwanger bent, hier graag uw gewicht van vóór de zwangerschap invullen. kilogram (afronden op hele kilo's)



ROKEN

- D1** Rookt u weleens?
We bedoelen hier het roken van alle soorten tabaksproducten, maar niet het gebruik van een elektronische sigaret of een apparaat waarin tabak wordt verhit (heatstick, heat-not-burn), zoals de IQOS. ja → **ga naar vraag D3**
 nee
- D2** Heeft u vroeger wel gerookt? ja → **ga naar vraag D6**
 nee → **ga naar vraag D6**
- D3** Rookt u weleens sigaretten uit een pakje of zelfgerolde sigaretten? ja
 nee → **ga naar vraag D5**
- D4** Hoeveel sigaretten rookt u gemiddeld per dag? sigaretten
- D5** Rookt u elke dag? ja
 nee
- D6** Gebruikt u weleens een elektronische sigaret, ofwel e-sigaret?
Andere benamingen hiervoor zijn e-smoker of shisha-pen. ja
 nee
- D7** Hoe vaak is er in de afgelopen 12 maanden in uw woning gerookt door uzelf of uw huisgenoten? (bijna) elke dag
 een paar keer per maand
 minder dan één keer per maand
 nooit



ALCOHOL

- E1** Heeft u in de afgelopen 12 maanden weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails?
We bedoelen ook alcoholarm bier, maar niet alcoholvrij bier. ja → **ga naar vraag E3**
 nee
- E2** Heeft u ooit alcohol gedronken? ja → **ga naar vraag F1**
 nee → **ga naar vraag F1**

<p>E3 Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?</p>	<input type="checkbox"/> 4 dagen <input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> minder dan 1 dag <input type="checkbox"/> ik drink nooit op door-de-weekse dagen → ga naar vraag E5
<p>E4 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?</p>	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen <input type="checkbox"/> 6 glazen <input type="checkbox"/> 5 glazen <input type="checkbox"/> 4 glazen <input type="checkbox"/> 3 glazen <input type="checkbox"/> 2 glazen <input type="checkbox"/> 1 glas
<p>E5 Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?</p>	<input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> minder dan 1 dag <input type="checkbox"/> ik drink nooit in het weekend → ga naar vraag E7/E8
<p>E6 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?</p>	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen <input type="checkbox"/> 6 glazen <input type="checkbox"/> 5 glazen <input type="checkbox"/> 4 glazen <input type="checkbox"/> 3 glazen <input type="checkbox"/> 2 glazen <input type="checkbox"/> 1 glas
<p>E7 <i>Deze vraag is alleen voor vrouwen.</i> Hoe vaak heeft u de <u>afgelopen 6 maanden</u> 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?</p>	<input type="checkbox"/> elke dag <input type="checkbox"/> 5 - 6 keer per week <input type="checkbox"/> 3 - 4 keer per week <input type="checkbox"/> 1 - 2 keer per week <input type="checkbox"/> 1 - 3 keer per maand <input type="checkbox"/> 3 - 5 keer per 6 maanden <input type="checkbox"/> 1 - 2 keer per 6 maanden <input type="checkbox"/> nooit
<p>E8 <i>Deze vraag is alleen voor mannen.</i> Hoe vaak heeft u de <u>afgelopen 6 maanden</u> 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?</p>	<input type="checkbox"/> elke dag <input type="checkbox"/> 5 - 6 keer per week <input type="checkbox"/> 3 - 4 keer per week <input type="checkbox"/> 1 - 2 keer per week <input type="checkbox"/> 1 - 3 keer per maand <input type="checkbox"/> 3 - 5 keer per 6 maanden <input type="checkbox"/> 1 - 2 keer per 6 maanden <input type="checkbox"/> nooit
<p>E9 Bent u zelf in de <u>afgelopen 12 maanden</u> weleens in de auto achter het stuur gestapt, terwijl u in de 2 uur daarvoor meer dan 2 glazen alcohol gedronken had?</p>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, één keer <input type="checkbox"/> ja, een paar keer <input type="checkbox"/> ja, dat overkomt mij regelmatig <input type="checkbox"/> ik heb geen rijbewijs / ik rijd geen auto



DRUGS

F1 Heeft u de volgende middelen weleens gebruikt?

Geef op iedere regel uw antwoord.	nee, nooit gebruikt	ja, in de afgelopen 4 weken	ja, in de afgelopen 12 maanden, maar niet in de afgelopen 4 weken	ja, langer dan 12 maanden geleden
cannabis (hasj, marihuana of wiet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XTC (ecstasy, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cocaïne (ook crack, gekookte coke of freebase)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
amfetamine (pep, speed, e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ketamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
truffels of paddo's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB of GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere drugs, namelijk: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



VOEDING

G1 Hoeveel dagen in een gewone week eet u:

Geef op iedere regel uw antwoord.	minder dan 1	aantal dagen per week						
		1	2	3	4	5	6	7
ontbijt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
groente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een zelfgemaakte warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een kant-en-klaar maaltijd of diepvriesmaaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd van het bedrijfsrestaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd van een fastfoodrestaurant of snackbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd van een restaurant of café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



BEWEGEN

Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was?

H1	Woon-werkverkeer (heen en terug) <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	aantal dagen per week	gemiddelde tijd per dag
	Lopen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	Fietsen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
H2	Lichamelijke activiteit op werk of school <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	aantal uren per week	
	Licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten).	<input type="text"/> <input type="text"/> uur	
	Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild).	<input type="text"/> <input type="text"/> uur	
H3	Huishoudelijke activiteiten <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	aantal dagen per week	gemiddelde tijd per dag
	Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen).	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
H4	Vrije tijd <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	aantal dagen per week	gemiddelde tijd per dag
	Wandelen	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	Fietsen	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	Tuinieren	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	Klussen/doe-het-zelven	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
H5	Sport <i>Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness/conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal.</i> <i>Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.</i>	aantal dagen per week	gemiddelde tijd per dag
	<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
	<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min



LANGDURIGE ZIEKTEN

- I1** Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?
Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.
- ja
 nee
-
- I2** Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?
- ja, ernstig beperkt
 ja, wel beperkt maar niet ernstig
 nee, helemaal niet beperkt → **ga naar vraag J1**
-
- I3** Duurt deze beperking al een half jaar of langer?
- ja
 nee



CORONA

- J1** Heeft u het coronavirus (gehad)?
- ja, dit is bevestigd met een test
 ja, ik denk het wel, maar ik ben niet getest
 nee, ik denk het niet → **ga naar vraag K1**
-
- J2** Hoe ziek voelt of voelde u zich door het coronavirus?
- niet ziek
 een beetje ziek
 redelijk ziek
 ernstig ziek



SEKSUELE GEZONDHEID

De volgende vragen gaan over uw seksuele gezondheid. Als u deze vragen niet wilt invullen, kunt u vraag K1 t/m K3 overslaan.

- K1** Tot wie voelt u zich, in het algemeen, seksueel aangetrokken?
- uitsluitend tot vrouwen
 overwegend tot vrouwen
 zowel tot vrouwen als tot mannen
 overwegend tot mannen
 uitsluitend tot mannen
-
- K2** Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een condoom gebruikt bij geslachtsgemeenschap met losse partner(s)?
*- Onder geslachtsgemeenschap verstaan we zowel vaginale seks als anale seks.
- Een losse partner is iemand met wie u geen vaste relatie had of met wie de relatie binnen 3 maanden weer over was.*
- niet van toepassing, ik heb geen losse sekspartner(s)
 altijd
 meestal wel
 soms wel, soms niet
 meestal niet
 nooit
-
- K3** Bent u de afgelopen 12 maanden onderzocht op soa's of hiv?
*- Soa's zijn seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Hiv is het virus dat AIDS veroorzaakt.*

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- nee
 ja, bij de huisarts
 ja, bij de soa-polikliniek van een GGD
 ja, in een ziekenhuis
 ja, een standaardtest bij zwangerschap of bloeddonaatie
 ja, met een zelftest die ik heb opgestuurd naar een laboratorium
 ja, met een zelftest waarbij ik de uitslag gelijk thuis kon zien
 ja, ergens anders



FUNCTIONEREN

L1 Bij de volgende vragen gaat het erom wat u normaal kunt doen. Het gaat niet om tijdelijke problemen van voorbijgaande aard.

Geef op iedere regel uw antwoord.

	ja, zonder moeite	ja, met enige moeite	ja, met grote moeite	nee, dat kan ik niet
Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een voorwerp van 5 kg (bijvoorbeeld een volle boodschappentas) 10 meter dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u 400 meter aan een stuk lopen, zonder stil te staan (zo nodig met stok)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



WELBEVINDEN

M1 De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.

Geef op iedere regel het antwoord dat het beste omschrijft hoe vaak u dit gevoel hebt.

	altijd	meestal	soms	af en toe	nooit
Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich hopeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



STRESS

N1 Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?

Bijvoorbeeld door werk/studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken of sociale media.

- nee, (bijna) niet → **ga naar vraag O1**
- ja, een beetje stress
- ja, veel stress
- ja, heel veel stress

N2 Op welke gebieden ervaart u stress?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- werk
- studie
- relatie
- familie
- sociale contacten
- opvoeding
- wonen
- gezondheid
- mantelzorg
- geldzaken
- sociale media
- anders



UW KIJK OP HET LEVEN

O1 Kunt u voor elk van onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	helemaal mee eens	mee eens	niet mee eens, niet mee oneens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat er in de toekomst met me gebeurt hangt voor het grootste deel van mezelf af.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan ongeveer alles als ik m'n zinnen erop gezet heb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SOCIALE CONTACTEN

P1 Er volgen nu enkele uitspraken. Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?

Geef op iedere regel uw antwoord.

ja min of meer nee

Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.

Ik mis een echt goede vriend of vriendin.

Ik ervaar een leegte om mij heen.

Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.

Ik mis gezelligheid om mij heen.

Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.

Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.

Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.

Ik mis mensen om mij heen.

Vaak voel ik me in de steek gelaten.

Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.



ZORGGEBRUIK

De volgende vragen gaan over een behandeling die uzelf of iemand in uw huishouden in de afgelopen 12 maanden niet heeft ontvangen, terwijl een behandeling wel nodig was.

Q1 Heeft u of iemand in uw huishouden in de afgelopen 12 maanden een behandeling voor psychische problemen nodig gehad, maar deze niet ontvangen?

ja
 nee → **ga naar vraag Q3**

Q2 Wat was de reden dat de behandeling niet is ontvangen?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

de behandeling werd niet door de verzekeraar gedekt
 de coronacrisis
 het eigen risico / de eigen bijdrage was te hoog
 er was een lange wachtlijst
 anders

Q3 Heeft u of iemand in uw huishouden in de afgelopen 12 maanden een medische of tandheelkundige behandeling nodig gehad, maar deze niet ontvangen?

ja
 nee → **ga naar vraag R1**

Q4 Wat was de reden dat de behandeling niet is ontvangen?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

de behandeling werd niet door de verzekeraar gedekt
 de coronacrisis
 het eigen risico / de eigen bijdrage was te hoog
 er was een lange wachtlijst
 anders



CHRONISCHE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

R1 Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?

Geef op iedere regel uw antwoord.

	nee	ja, <u>niet</u> door arts vastgesteld	ja, door arts vastgesteld
diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(de gevolgen van) een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(de gevolgen van) een hartinfarct of een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen, angina pectoris of hartritmestoornis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
botontkalking (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma of COPD (chronische bronchitis of longemfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernstige of hardnekkige aandoening van de nek, schouder, elleboog, pols of hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiviteit, angststoornis, overspannenheid, burn-out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere langdurige ziekte of aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.

S1 Heeft u in de <u>afgelopen 12 maanden</u> mantelzorg gegeven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee → ga naar vraag T1
S2 Geeft u deze mantelzorg nu nog?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee → ga naar vraag T1
S3 Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend? <i>Afronden op hele uren.</i>	Gemiddeld <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur per week
S4 Hoe lang geeft u al mantelzorg?	<input type="checkbox"/> korter dan drie maanden <input type="checkbox"/> drie maanden of langer

<p>S5 Aan wie geeft u mantelzorg? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i></p>	<input type="checkbox"/> echtgenoot, echtgenote of partner <input type="checkbox"/> kinderen, schoondochter of schoonzoon <input type="checkbox"/> (schoon)ouders <input type="checkbox"/> andere familieleden <input type="checkbox"/> buren, vrienden, kennissen
<p>S6 Sommige mensen voelen zich erg belast door de verzorging van een ander. Zij vinden de zorg zwaar en moeilijk vol te houden. Voor andere mensen geldt dat minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt u zich <u>momenteel</u>?</p>	<input type="checkbox"/> niet of nauwelijks belast <input type="checkbox"/> enigszins belast <input type="checkbox"/> tamelijk zwaar belast <input type="checkbox"/> zeer zwaar belast <input type="checkbox"/> overbelast

De gemeente biedt ondersteuning aan inwoners die mantelzorg geven. Het ondersteuningsaanbod bestaat onder andere uit praktische hulp, bijeenkomsten, cursussen en het tijdelijk overnemen van zorg.

<p>S7 Bent u bekend met het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee → ga naar vraag S9
<p>S8 Heeft u in de <u>afgelopen 12 maanden</u> gebruik gemaakt van het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers?</p>	<input type="checkbox"/> ja → ga naar vraag T1 <input type="checkbox"/> nee
<p>S9 Heeft u behoefte aan ondersteuning bij mantelzorg?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee



HUISELIJK GEWELD

De volgende vragen gaan over huiselijk geweld. Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd (gezinsleden, familieleden, (ex-)partners, huisvrienden). Slachtoffers en daders van geweld kunnen zowel vrouwen, kinderen als mannen zijn. Het kan gaan om:

- psychisch of emotioneel geweld (getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden, etc.);
- lichamelijk geweld (mishandeld, geschopt of geslagen, etc.);
- ongewenste seksuele toenadering (seksueel getinte opmerkingen, ongewenst aangeraakt, etc.);
- seksueel misbruik (aangerand of verkracht).

<p>T1 Bent u <u>ooit</u> slachtoffer geweest van huiselijk geweld?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee → ga naar vraag T5
<p>T2 Om welke vorm van huiselijk geweld ging het? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i></p>	<input type="checkbox"/> psychisch of emotioneel geweld <input type="checkbox"/> lichamelijk geweld <input type="checkbox"/> ongewenste seksuele toenadering <input type="checkbox"/> seksueel misbruik
<p>T3 Wie was of waren de dader(s)? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i></p>	<input type="checkbox"/> mijn partner <input type="checkbox"/> mijn ex-partner <input type="checkbox"/> mijn (stief)kind <input type="checkbox"/> mijn (stief)ouder(s) <input type="checkbox"/> een ander familielid <input type="checkbox"/> iemand anders
<p>T4 Hoe lang is het geleden dat u slachtoffer was van huiselijk geweld?</p>	<input type="checkbox"/> 1 jaar geleden of korter <input type="checkbox"/> tussen 1 en 5 jaar geleden <input type="checkbox"/> langer dan 5 jaar geleden
<p>T5 Kent u het advies- en meldpunt 'Veilig Thuis'?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee



SAMENLEVING EN WOONOMGEVING

U1 Voelt u zich weleens gediscrimineerd, bijvoorbeeld vanwege uw geloof of huidskleur, uw seksuele voorkeur, uw leeftijd of om een andere reden?

nee, nooit → **ga naar vraag U3**
 ja, soms
 ja, vaak

U2 Was de discriminatie vanwege uw:
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

geloof geslacht
 huidskleur handicap of chronische ziekte
 seksuele voorkeur herkomst / nationaliteit / taal
 leeftijd anders

U3 Hoe tevreden bent u met uw woning en de voorzieningen in uw buurt?

*Druk dit uit in een cijfer van 1 t/m 10.
 Geef op iedere regel uw antwoord.*

	zeer ontevreden			← →				zeer tevreden			geen mening
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
woonomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
groen in uw buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
fiets- en wandelmogelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sportvoorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



GELUIDSHINDER

V1 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent?

*Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.
 Geef op iedere regel uw antwoord.*

	ik ben helemaal niet gehinderd				← →						ik ben extreem gehinderd	niet hoorbaar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verkeer op wegen waar je <u>niet</u> harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
treinverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brommers / scooters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bouwen, verbouwen, slopen of graven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiphol (taxiën, proefdraaien en/of andere grondactiviteiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
windturbines / windmolens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V2 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen uw slaap verstoort wanneer u thuis bent?

Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

Geef op iedere regel uw antwoord.

	mijn slaap is helemaal niet verstoord				← →		mijn slaap is extreem verstoord				niet hoorbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verkeer op wegen waar je <u>niet</u> harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
treinverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiphol (taxiën, proefdraaien en/of andere grondactiviteiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V3 Wanneer ondervindt u slaapverstoring door geluid van vliegverkeer? Denkt u hierbij aan de afgelopen 12 maanden.

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- 05:00-06:00
- 06:00-07:00
- 07:00-08:00
- 08:00-19:00
- 19:00-22:00
- 22:00-23:00
- 23:00-24:00
- 24:00-05:00
- niet van toepassing



GEURHINDER

V4 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geur van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent?

Als een geur bij u thuis niet ruikbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

Geef op iedere regel uw antwoord.

	ik ben helemaal niet gehinderd				← →		ik ben extreem gehinderd				niet ruikbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
open haard / houtkachel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vuurkorf / barbecue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rook van sigaretten of joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



WONING

V5 Had u in de afgelopen 12 maanden schimmel- of vochtplekken in de woon- of slaapkamer van uw woning?

- ja
- nee



VEERKRACHT

W1 De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde de afgelopen maand.

Geef op iedere regel uw antwoord.	zelden	soms	af en toe	regelmatig	meestal	bijna altijd	altijd
Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan heel goed oplossingen vinden in moeilijke situaties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na een moeilijke periode ben ik snel weer de oude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door mijn ervaring voel ik mij sterker in moeilijke tijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elke ervaring in het leven maakt mij sterker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



GEVOLGEN VAN CORONA

De coronacrisis heeft voor sommige mensen weinig invloed op hun leven. Voor anderen is de invloed groter. Bijvoorbeeld door besmetting met het coronavirus. Of door de gevolgen van de maatregelen van de overheid om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

X1 Geef voor de onderstaande onderwerpen aan hoe deze voor u veranderd zijn door de coronacrisis. Als één van deze onderwerpen niet voor u geldt omdat u bijvoorbeeld helemaal niet rookt, vul dan 'niet van toepassing' in. Rookt u wel, maar is daar niets in veranderd door de coronacrisis vul dan 'niet veranderd' in.

Geef op iedere regel uw antwoord.	beter	niet veranderd	slechter	
algemene gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
financiële situatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	meer	niet veranderd	minder	niet van toepassing
bewegen / sporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alcohol drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugs gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
controle over mijn leven hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angstig voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressief voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eenzaam voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stress hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mantelzorg geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vrijwilligerswerk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Y1 Wat is uw hoogst afgeronde opleiding (met diploma of getuigschrift)?	<input type="checkbox"/> geen opleiding (<i>lager onderwijs niet afgemaakt</i>) <input type="checkbox"/> lager onderwijs (<i>basisschool, speciaal basisonderwijs</i>) <input type="checkbox"/> lager of voorbereidend beroepsonderwijs (<i>zoals ambachts- of huishoudschool, lts, leao, lhno, vmbo-b/k, speciaal- of praktijkonderwijs</i>) <input type="checkbox"/> middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (<i>zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g/t, mbo-kort, mbo-1</i>) <input type="checkbox"/> middelbaar beroepsonderwijs (<i>zoals vakopleidingen bakker of kapper, mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, mbo-2, mbo-3, mbo-4</i>) <input type="checkbox"/> hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (<i>zoals hbs, mms, havo, vwo, atheneum, gymnasium</i>) <input type="checkbox"/> hoger beroepsonderwijs (<i>zoals kweekschool, hbo, hts, heao, hbo-v, kandidaats of bachelor wetenschappelijk onderwijs</i>) <input type="checkbox"/> wetenschappelijk onderwijs (<i>doctoraal of master, postdoctoraal, hbo-master</i>)
Y2 Welke situatie is op u van toepassing? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i>	<input type="checkbox"/> ik heb betaald werk, 1-11 uur per week <input type="checkbox"/> ik heb betaald werk, 12-19 uur per week <input type="checkbox"/> ik heb betaald werk, 20-31 uur per week <input type="checkbox"/> ik heb betaald werk, 32 uur of meer per week <input type="checkbox"/> ik ben met pensioen (<i>AOW, prepensioen</i>) <input type="checkbox"/> ik ben werkloos/werkzoekend (<i>geregistreerd bij het UWV WERKbedrijf</i>) <input type="checkbox"/> ik ben arbeidsongeschikt (<i>WAO, WAZ, WIA, Wajong</i>) <input type="checkbox"/> ik heb een bijstandsuitkering <input type="checkbox"/> ik ben huisvrouw / huisman <input type="checkbox"/> ik volg onderwijs / ik studeer
Y3 Doet u vrijwilligerswerk? <i>We bedoelen: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Y4 Heeft u de afgelopen 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?	<input type="checkbox"/> nee, geen enkele moeite <input type="checkbox"/> nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten met mijn uitgaven <input type="checkbox"/> ja, enige moeite <input type="checkbox"/> ja, grote moeite
Y5 Heeft uw huishouden meestal voldoende geld om:	
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	ja nee
een lidmaatschap van een sportclub of vereniging te betalen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
bij vrienden of familieleden op visite te gaan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



TOT SLOT

Z1 Heeft u plannen of voornemens om binnenkort uw gezondheid te verbeteren? Zo ja, wat voor plannen of voornemens zijn dat?

- ja, namelijk:
 ↳ Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- minder alcohol drinken
 - stoppen met roken
 - meer bewegen / sporten
 - gezonder eten
 - gewicht verliezen / afvallen
 - persoonlijke problemen oplossen
 - meer met andere mensen omgaan
 - rustiger aan doen
 - anders, namelijk:
- nee

Z2 Heeft u momenteel behoefte aan ondersteuning of hulp? Zo ja, waarbij heeft u behoefte aan ondersteuning of hulp?
 Met ondersteuning bedoelen we bijvoorbeeld contact met een hulpverlener of arts, een cursus, spreekuur of gesprekken met lotgenoten.

- ja, ondersteuning of hulp bij:
 ↳ Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- minder alcohol drinken
 - stoppen met roken
 - meer bewegen / sporten
 - gezonder eten
 - gewicht verliezen / afvallen
 - verminderen van stress of spanningen
 - meer met andere mensen omgaan
 - verminderen van angst en depressie
 - anders, namelijk:
- nee



DEELNAME STADSPANEL AMSTERDAM

Alleen voor inwoners van Amsterdam.

Wilt u vaker meedoen aan online onderzoeken van de gemeente Amsterdam over actuele onderwerpen, zoals verkeersveiligheid, politiek of luchtkwaliteit? Word dan lid van het Stadspanel Amsterdam! De informatie van de panelleden helpt de gemeente Amsterdam om beslissingen te nemen. Panelleden ontvangen eens per maand een online vragenlijst per e-mail. Ook wordt het Stadspanel gebruikt om deelnemers te werven voor interviews. Onderzoek, Informatie en Statistiek (OIS) van de gemeente Amsterdam beheert het panel. Het lidmaatschap van het panel is gratis en deelname aan de onderzoeken vrijblijvend. U kunt zich altijd afmelden.

Z3 Wilt u lid worden van het Stadspanel Amsterdam?

ja, noteer e-mailadres:

U ontvangt binnenkort een e-mail met meer informatie en een eerste vragenlijst.

nee, ik ben al lid

nee



HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

Heeft u bij vraag A0 een kruisje gezet om toestemming te geven om uw antwoorden te verwerken? Zonder dat kruisje kunnen wij uw antwoorden niet gebruiken.

Opmerkingen: