



GGD

Rotterdam-Rijnmond

# Hoe gaat het met u?



## Gezondheidsmonitor volwassenen 2016



# Fijn dat u wilt meewerken aan dit onderzoek.

Het is belangrijk dat de persoon die op de brief vermeld staat de vragenlijst invult.

Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Geef het antwoord dat het beste bij u past.

Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. Uw naam en adres worden niet gekoppeld aan uw antwoorden. De adresgegevens worden alleen gebruikt voor het versturen van de uitnodiging en direct na afloop van het onderzoek verwijderd.

## Invullen via Internet

- De vragenlijst vindt u op **[www.startvragenlijst.nl/rotterdam](http://www.startvragenlijst.nl/rotterdam)**
- Gebruik de adresbalk boven in uw scherm. Intikken in Google of een andere zoekmachine werkt niet.
- Vul uw persoonlijke inlogcode in. Deze staat vermeld in de brief.

## Invullen op papier

- Gebruik een *zwarte* of *blauwe* balpen.
- Zet in het hokje van uw keuze een kruisje: ☒
- Als u een antwoord verkeerd invult, maak dan het foute hokje helemaal zwart en zet een kruisje in het goede hokje.

### Rotterdam ligt in Nederland

- ☒ **waar** → U heeft nu 'waar' ingevuld  
☐ **niet waar**

- Bij invullen van getallen of tekst graag binnen de hokjes schrijven. Vul één cijfer per vakje in.
- Wanneer u meer dan één antwoord mag aankruisen, staat dit bij de vraag.
- Het kan zijn dat u bepaalde vragen niet hoeft in te vullen. Er staat dan aangegeven naar welke vraag u moet gaan ( → GA NAAR VRAAG 100 ).
- Stuur de vragenlijst terug in bijgevoegde antwoordenvelop. Een postzegel is niet nodig.

## Heeft u vragen?

Mail of bel ons!

E-mail: [helpdesk@ioresearch.nl](mailto:helpdesk@ioresearch.nl)

Telefoon: 0800 - 40 50 602 (tijdens kantooruren)

De GGD wordt in de uitvoering van het onderzoek ondersteund door I&O Research.



## ALGEMEEN

A1 Wat is uw geslacht?

- ☐ Man  
☐ Vrouw

A2 Wat is uw geboortejaar?

1	9		
---	---	--	--

A3 Wat is uw burgerlijke staat?

- ☐ Gehuwd / geregistreerd partnerschap  
☐ Samenwonend  
☐ Ongehuwd, nooit gehuwd 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

B2 Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?

*Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.*

- ☐ Ja  
☐ Nee

B3 In welke mate bent u vanwege problemen met uw gezondheid sinds 6 maanden of langer beperkt in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?

- ☐ Ernstig beperkt  
☐ Wel beperkt, maar niet ernstig  
☐ Helemaal niet beperkt

**B4 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"/>

**B5 Hieronder staat een aantal handelingen waar sommige mensen moeite mee hebben. Kunt u voor iedere bezigheid aangeven wat het meest voor u van toepassing is?**

*Het kan zijn dat u sommige dingen nooit doet. In dat geval willen we weten of u het lichamelijk wel zou kunnen. Geef op iedere regel uw antwoord.*

	Zonder moeite	Met moeite	Kan het niet vanwege mijn gezondheid	Kan het niet vanwege andere reden
Boodschappen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warme maaltijd klaarmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licht huishoudelijk werk (stof afnemen, afwassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwaar huishoudelijk werk (dweilen, ramen wassen, stofzuigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik maken van eigen vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik maken van openbaar vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VALONGEVALLLEN

**C1** Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden gevallen?

- ☐ Nooit → GA NAAR VRAAG C4
- ☐ 1 keer gevallen
- ☐ 2 keer gevallen
- ☐ 3 of meer keer gevallen

**C2** De laatste keer dat u viel, waar was dat?

- ☐ Binnenshuis
- ☐ Buitenshuis
- ☐ Weet ik niet meer

**C3** Heeft u letsel opgelopen tijdens de laatste keer dat u viel?

*Met letsel wordt bijvoorbeeld bedoeld een open wond, kneuzing, verstuiking of een botbreuk.*

- ☐ Ja
- ☐ Nee

**C4** Bent u bang om te vallen?

- ☐ Nooit
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Erg vaak



## GRIEPPRIK

**D1** Heeft u in het afgelopen jaar een griep prik gekregen?

*Bijvoorbeeld via de huisarts of een andere behandelaar.*

- ☐ Ja → GA NAAR VRAAG E1
- ☐ Nee

**D2** Wat is de belangrijkste reden dat u deze griep prik in het afgelopen jaar niet heeft gekregen?

- ☐ Ik heb geen oproep ontvangen voor de griep prik
- ☐ Ik vind het niet zo erg als ik griep krijg
- ☐ Ik ben nooit ziek
- ☐ De vaccinatie beschermt niet voldoende tegen griep
- ☐ Ik vind een vaccinatie eng, pijnlijk of vervelend
- ☐ Ik ben bang voor milde bijwerkingen, zoals een pijnlijke plek waar ik geprikt ben, koorts of duizeligheid
- ☐ Ik ben bang voor ernstige bijwerkingen op de lange termijn
- ☐ Ik heb weinig of geen vertrouwen in de overheid
- ☐ Ik vind het te veel gedoe, het komt er niet van
- ☐ Ik ben tegen vaccinaties in het algemeen
- ☐ Een andere reden



## WELBEVINDEN

### E1 De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.

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

	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"/>

### E2 Kunt u voor elk van onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?

Geef op iedere regel uw antwoord.

	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"/>

E3 Hoe gelukkig bent u, alles bijeen genomen?

- ☐ Heel gelukkig
- ☐ Tamelijk gelukkig
- ☐ Niet zo gelukkig
- ☐ Helemaal niet gelukkig
- ☐ Weet niet



## LENGTE EN GEWICHT

F1 Hoe lang bent u (zonder schoenen)?

Centimeter

F2 Hoeveel kilo weegt u zonder kleren?

Kilogram

*Afronden op hele kilo's.*



## ROKEN

G1 Rookt u weleens?

*We bedoelen hier het roken van alle soorten tabaksproducten, maar niet het gebruik van een elektronische sigaret.*

- ☐ Ja → GA NAAR VRAAG G3
- ☐ Nee

G2 Heeft u vroeger wel gerookt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

G3 Hoe vaak is 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

H1 Wilt u aangeven welke soorten alcoholhoudende drank u in de afgelopen 12 maanden weleens heeft gedronken?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Bier (geen alcoholvrij / malt bier)
- ☐ Licht alcoholische dranken (bijv. alcoholarm bier zoals Radler 2,0%)
- ☐ Wijn, sherry, port, vermout of cider (zoals Jillz 5,0%)
- ☐ Likeur, advocaat, bessenjenever, citroenjenever
- ☐ Jenever, brandewijn, vieux, rum, cognac, ouzo, raki, whisky, wodka of ander gedestilleerd
- ☐ Alcoholhoudende drank gemengd met frisdrank of met vruchtensap, breezers of shooters
- ☐ Een ander drankje met alcohol
- ☐ Ik dronk vroeger wel, maar ik heb de afgelopen 12 maanden geen alcoholhoudende dranken gedronken → GA NAAR VRAAG I1
- ☐ Ik heb nooit alcoholhoudende dranken gedronken → GA NAAR VRAAG I1

H2 Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (hiermee wordt bedoeld maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank?

- ☐ 4 dagen
- ☐ 3 dagen
- ☐ 2 dagen
- ☐ 1 dag
- ☐ Minder dan 1 dag
- ☐ Ik drink nooit op door-de-weekse dagen → GA NAAR VRAAG H4

H3 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?

- ☐ 11 of meer glazen
- ☐ 7-10 glazen
- ☐ 6 glazen
- ☐ 5 glazen
- ☐ 4 glazen
- ☐ 3 glazen
- ☐ 2 glazen
- ☐ 1 glas

H4 Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (hiermee wordt bedoeld vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank?

- ☐ 3 dagen
- ☐ 2 dagen
- ☐ 1 dag
- ☐ Minder dan 1 dag
- ☐ Ik drink nooit in het weekend → GA NAAR VRAAG H6

H5 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?

- ☐ 11 of meer glazen
- ☐ 7-10 glazen
- ☐ 6 glazen
- ☐ 5 glazen
- ☐ 4 glazen
- ☐ 3 glazen
- ☐ 2 glazen
- ☐ 1 glas

H6 Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcoholhoudende drank op één dag gedronken?

- ☐ Elke dag
- ☐ 5-6 keer per week
- ☐ 3-4 keer per week
- ☐ 1-2 keer per week
- ☐ 1-3 keer per maand
- ☐ 3-5 keer per 6 maanden
- ☐ 1-2 keer per 6 maanden
- ☐ Nooit → GA NAAR VRAAG I1

H7 Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcoholhoudende drank op één dag gedronken?

- ☐ Elke dag
- ☐ 5-6 keer per week
- ☐ 3-4 keer per week
- ☐ 1-2 keer per week
- ☐ 1-3 keer per maand
- ☐ 3-5 keer per 6 maanden
- ☐ 1-2 keer per 6 maanden
- ☐ Nooit





## 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?

### I1 Woon / werkverkeer (heen en terug)

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag		
Lopen van / naar werk of school	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
Fietsen van / naar werk of school	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten

### I2 Lichamelijke activiteit op werk of school

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

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

### I3 Huishoudelijke activiteiten

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

	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"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten

### I4 Vrije tijd

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag		
Wandelen	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
Fietsen	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
Tuinieren	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
Klussen / doe-het-zelven	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten

## 15 Sport

Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness / conditietraining, tennis, trimmen / joggen, voetbal. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.

	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuten

## 16 Vindt u dat u voldoende beweegt?

- ☐ Ja, zeker  
☐ Ja, meestal wel  
☐ Nee



## VOEDING

### J1 Hoeveel dagen per week ontbijt u?

Drinkontbijt, ontbijtreet, muesli en dergelijke telt ook als ontbijt.

- ☐ Minder dan 1 dag per week  
☐ 1 dag per week  
☐ 2 dagen per week  
☐ 3 dagen per week  
☐ 4 dagen per week  
☐ 5 dagen per week  
☐ 6 dagen per week  
☐ 7 dagen per week

### J2 Hoeveel dagen per week eet u een warme maaltijd?

- ☐ Minder dan 1 dag per week  
☐ 1 dag per week  
☐ 2 dagen per week  
☐ 3 dagen per week  
☐ 4 dagen per week  
☐ 5 dagen per week  
☐ 6 dagen per week  
☐ 7 dagen per week

### J3 Hoeveel dagen per week drinkt u één of meer glazen water?

- ☐ Minder dan 1 dag per week  
☐ 1 dag per week  
☐ 2 dagen per week  
☐ 3 dagen per week  
☐ 4 dagen per week  
☐ 5 dagen per week  
☐ 6 dagen per week  
☐ 7 dagen per week



## SOCIALE CONTACTEN EN STEUN

### K1 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis een echt goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar een leegte om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis gezelligheid om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis mensen om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### K2 Wat is op u van toepassing?

Geef op iedere regel uw antwoord.

	Ja	Nee
Ik heb mensen om me heen die me willen helpen, die karweitjes voor me willen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis iemand met wie ik goed kan praten over persoonlijke problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga voor de gezelligheid bij familie, vrienden, kennissen of burens langs of ze komen bij mij thuis langs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### K3 Hoe vaak heeft u contact met burens of mensen die in uw straat wonen?

- ☐ Minstens 1 keer in de week
- ☐ 3 keer per maand
- ☐ 2 keer per maand
- ☐ 1 keer per maand
- ☐ Minder dan 1 keer per maand
- ☐ Zelden of nooit



## MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan of ontvangt van 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

**L1 Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG L6

**L2 Geeft u deze mantelzorg nu nog?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG L6

**L3 Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?**

*Afronden op hele uren.*

Gemiddeld aantal uur per week

**L4 Hoe lang geeft u al mantelzorg?**

- ☐ Korter dan drie maanden  
☐ Drie maanden of langer

**L5 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 momenteel?**

- ☐ Niet of nauwelijks belast  
☐ Enigszins belast  
☐ Tamelijk zwaar belast  
☐ Zeer zwaar belast  
☐ Overbelast

**L6 Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gekregen?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG M1

**L7 Krijgt u deze mantelzorg nu nog?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG M1

**L8 Hoeveel uur mantelzorg krijgt u momenteel gemiddeld per week?**

*Afronden op hele uren.*

Gemiddeld aantal uur per week



## PROFESSIELE ZORG EN HULP

**M1 Heeft u op dit moment vanwege gezondheidsproblemen of ouderdom professionele hulp bij het huishouden?**

*Met hulp bij het huishouden bedoelen we hulp bij het schoonmaken van het huis, de was, de boodschappen of het verzorgen van de warme maaltijd.*

- ☐ Ja, ik ontvang voldoende hulp
- ☐ Ja, maar ik heb behoefte aan extra hulp bij het huishouden
- ☐ Nee, ik heb geen behoefte aan hulp
- ☐ Nee, maar ik heb wel behoefte aan hulp bij het huishouden

**M2 Heeft u op dit moment professionele hulp bij uw persoonlijke verzorging?**

*Met persoonlijke verzorging bedoelen we hulp bij: douchen, aankleden, naar het toilet gaan, aantrekken van steunkousen.*

- ☐ Ja, ik ontvang voldoende hulp
- ☐ Ja, maar ik heb behoefte aan extra hulp bij mijn persoonlijke verzorging
- ☐ Nee, ik heb geen behoefte aan hulp
- ☐ Nee, maar ik heb wel behoefte aan hulp bij mijn persoonlijke verzorging

**M3 Wilt u voor onderstaande voorzieningen aangeven of u hier in de afgelopen 12 maanden gebruik van heeft gemaakt?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ WMO-loket / zorgloket / vraagwijzer / wijkteam
- ☐ Dagactiviteitencentrum / dagbesteding
- ☐ Informatiebijeenkomst over zorg en welzijn (Alzheimercafé, mantelzorgondersteuning)
- ☐ Maaltijdservice (bijvoorbeeld Tafeltje Dekje)
- ☐ Ouderen- en gehandicaptenvervoer
- ☐ Thuiszorg: huishoudelijk hulp
- ☐ Thuiszorg: verpleegkundige / verzorgende
- ☐ Hulp / zorg via de 'persoonsgebonden budgetregeling' (PGB)
- ☐ Niet van toepassing, ik heb deze voorzieningen in de afgelopen 12 maanden niet gebruikt

**M4 Heeft u of iemand in uw huishouding de afgelopen 12 maanden een medische behandeling of tandheelkundige behandeling nodig gehad, maar deze niet ontvangen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nee



## CHRONISCHE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

**N1 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, NIET 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"/>
Hartritmestoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(De gevolgen van) een hartinfarct of een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	<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"/>
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de nek, schouder, elleboog, pols of hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botontkalking (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overspannenheid, burn-out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere langdurige ziekte of aandoening, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

**N2 In welke mate wordt u door bovenstaande aandoening(en) belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden thuis, in uw werk, of in uw vrijetijdsbesteding?**

- ☐ Sterk belemmerd
- ☐ Licht belemmerd
- ☐ Niet belemmerd
- ☐ Niet van toepassing, ik heb in de afgelopen 12 maanden geen van bovenstaande aandoeningen gehad



## VEILIG THUIS

De volgende vragen gaan over nare gebeurtenissen in de thuissituatie.

Het gaat om nare gebeurtenissen die u zijn aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex)partners, huisvrienden, of door personen van wie u thuis afhankelijk bent zoals een professionele zorgverlener, bijvoorbeeld iemand van de thuiszorg of een arts, of een mantelzorger.

### O1 Is het in de afgelopen 12 maanden wel eens voorgekomen dat iemand in de thuissituatie...

Geef op iedere regel uw antwoord.

	Ja	Nee
... u heeft beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u heeft geslagen, geschopt, geknepen of u op een andere manier lichamelijk geweld heeft aangedaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u niet wilde helpen met uw persoonlijke verzorging? (zoals helpen met wassen of naar het toilet gaan, terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u financieel heeft benadeeld? (zoals geld of bezit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uw vrijheid heeft beperkt of uw privacy heeft geschonden? (zoals door het achterhouden van uw post of door u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ongewenste seksuele opmerkingen heeft gemaakt of u heeft aangeraakt zonder dat u dat wilde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### O2 Hoe vaak vonden de gebeurtenissen (vraag O1) in de afgelopen 12 maanden plaats?

- ☐ (Bijna) elke dag
- ☐ Een paar keer per maand
- ☐ Een paar keer per jaar
- ☐ Eén keer
- ☐ Niet van toepassing, ik heb in de afgelopen 12 maanden geen van bovenstaande gebeurtenissen meegemaakt



## GROEN IN UW BUURT

Met **groen** bedoelen we groengebieden in uw buurt, zoals parken, plantsoenen, grasstroken, groenstroken, of speelplaatsen.

### P1 Welk cijfer geeft u aan het groen in uw buurt?

	Heel slecht				↔		Heel goed			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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"/>

Wat geldt voor u?

### P2 Ik vind dat er voldoende groen in mijn buurt is

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Niet eens, niet oneens
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens

### P3 Ik vind het belangrijk dat er groen in mijn buurt is

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Niet eens, niet oneens
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens



## WONEN EN WOONOMGEVING

**Q1 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 t/m 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 niet 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"/>	
Tram / metro	<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"/>	
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"/>	
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"/>	

**Q2 Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?**

*Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.*

	Ze er ontevreden								Ze er tevreden			
	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"/>		

**Q3 Kunt u tijdens aanhoudend warm weer verkoeling vinden in uw woning en in uw tuin of buurt?**

*Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.*

	Vrijwel onmogelijk								Heel goed mogelijk			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Binnen, in uw 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"/>		
Buiten, in uw tuin of 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"/>		





## UW KIJK OP HET LEVEN

**R1 Heeft u zich in de afgelopen 12 maanden gediscrimineerd gevoeld?**

- ☐ Nee, nooit → GA NAAR VRAAG R3  
☐ Ja, soms  
☐ Ja, vaak

**R2 Voelde u zich gediscrimineerd vanwege uw:**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leeftijd          | <input type="checkbox"/> Huidskleur                       |
| <input type="checkbox"/> Geslacht          | <input type="checkbox"/> Culturele / etnische achtergrond |
| <input type="checkbox"/> Seksuele voorkeur | <input type="checkbox"/> Handicap of chronische ziekte    |
| <input type="checkbox"/> Geloof            | <input type="checkbox"/> Anders                           |

**Wat geldt voor u?**

**R3 Ik geef geld aan goede doelen**

- ☐ Ja  
☐ Nee

**R4 Ik doe af en toe iets voor de bureu**

- ☐ Ja  
☐ Nee

**R5 Ik breng glas naar de glasbak**

- ☐ Ja, altijd  
☐ Ja, soms  
☐ Nee, nooit

**R6 Ik pas op (klein)kinderen**

- ☐ Ja, (bijna) iedere week  
☐ Ja, (bijna) iedere maand  
☐ Ja, enkele keren per jaar  
☐ Nee, nooit

**In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?**

**R7 Werken is slechts een manier om geld te verdienen**

- ☐ Helemaal oneens  
☐ Oneens  
☐ Niet eens, niet oneens  
☐ Eens  
☐ Helemaal eens



**R8 De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten**

- ☐ Helemaal oneens  
☐ Oneens  
☐ Niet eens, niet oneens  
☐ Eens  
☐ Helemaal eens



**R9 Bent u van plan binnenkort uw leefstijl aan te passen? Zo ja, wat wilt u veranderen?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minder alcohol drinken          | <input type="checkbox"/> Meer met andere mensen omgaan |
| <input type="checkbox"/> Stoppen met roken               | <input type="checkbox"/> Rustiger aan doen             |
| <input type="checkbox"/> Meer bewegen / sporten          | <input type="checkbox"/> Iets anders                   |
| <input type="checkbox"/> Gezonder eten                   | <input type="checkbox"/> Niets                         |
| <input type="checkbox"/> Gewicht verliezen / afvallen    |  |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke problemen oplossen |  |



## OPLEIDING, WERK EN FINANCIËLE SITUATIE

### S1 Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

*Een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift.*

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals ambachtschool, huishoudschool, lts, leao, lhno, vmbo-b/k)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g/t, mbo-kort, mbo-1)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals vakopleidingen bakker of kapper, mbo-lang, mts, uts, meao, bol, bbl, inas, mbo-2, mbo-3, mbo-4)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals hbs, mms, havo, vwo, atheneum, gymnasium)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals kweekschool, hbo, hts, heao, hbo-v, kandidaats of bachelor wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (doctoraal of master, postdoctoraal, hbo-master)

### S2 Welke situatie is op u van toepassing?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Ik werk, betaald, 32 uur of meer per week
- ☐ Ik werk, betaald, 20 uur of meer maar minder dan 32 uur per week
- ☐ Ik werk, betaald, 12 uur of meer maar minder dan 20 uur per week
- ☐ Ik werk, betaald, 1 uur of meer maar minder dan 12 uur per week
- ☐ Ik ben (vervroegd) met pensioen (AOW, VUT, FPU)
- ☐ Ik ben werkloos / werkzoekend (geregistreerd bij het UWV WERKbedrijf)
- ☐ Ik ben arbeidsongeschikt (WAO, WAZ, WIA, Wajong)
- ☐ Ik heb een bijstandsuitkering
- ☐ Ik ben huisvrouw / huisman
- ☐ Ik volg onderwijs / ik studeer

### S3 Doet u vrijwilligerswerk?

*Werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.*

- ☐ Ja
- ☐ Nee

### S4 Heeft u de afgelopen 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?

- ☐ Nee, geen enkele moeite
- ☐ Nee, geen moeite, maar ik moet wel letten op mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite

### S5 Kunt u zelf uw financiële zaken afhandelen?

*Denk hierbij aan het betalen van rekeningen of het regelen van andere bankzaken.*

- ☐ Ja, dat regel ik zelf
- ☐ Ja, dat regel ik met hulp van iemand anders
- ☐ Nee, iemand anders doet dat voor mij
- ☐ Nee, en ik heb niemand die dat voor mij afhandelt

■

**S6 Heeft uw huishouden meestal voldoende geld om de volgende dingen te doen?**

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

Uw huis goed verwarmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Lidmaatschap van een sportclub of vereniging betalen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bij vrienden of familieleden op visite gaan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee



## TOT SLOT

**T1 Tot slot willen wij u vragen of de GGD u mag benaderen voor vervolgonderzoek op deze gezondheidsenquête?**

*Natuurlijk kunt u dan altijd nog besluiten of u wel of niet mee wilt doen.*

- ☐ Ja  
☐ Nee

## BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Stuur de ingevulde vragenlijst terug in de bijgevoegde antwoordenvelop.

**Een postzegel is niet nodig.**

