



**Hoe gaat het  
met u?**



## VOOR U BEGINT...

**Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek! Hieronder leest u meer over de vragenlijst en hoe u deze invult.**

Het is belangrijk dat degene aan wie de brief gestuurd is, de vragenlijst invult.

De vragenlijst bevat vragen over uw gezondheid, welzijn en leefstijl. Deze gegevens zullen op groepsniveau worden verwerkt door de GGD, het RIVM en het CBS.

Door de vragenlijst in te vullen en retour te sturen gaat u akkoord met de deelname aan de GGD Gezondheidsmonitor 2022. U kunt er altijd voor kiezen om bepaalde vragen niet te beantwoorden of uw deelname te stoppen.

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld, uw antwoorden worden veilig opgeslagen en worden niet gedeeld met partijen die niet in de privacyverklaring worden genoemd.

Meer informatie over hoe we omgaan met uw antwoorden leest u in de privacyverklaring, te vinden op [www.ggdhm.nl/Gezondheidsmonitor2022](http://www.ggdhm.nl/Gezondheidsmonitor2022)

### Invullen vragenlijst...

- > Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- > Zet een kruisje in het hokje bij uw gekozen antwoord: ☒
- > Foutje gemaakt? Maak dan het foute hokje zwart: ☐ en zet een kruisje in het goede hokje: ☒.
- > Kruis bij iedere vraag maar één antwoord aan, tenzij in de uitleg van de vraag staat dat u meerdere antwoorden kunt aankruisen.
- > Soms vragen we u iets op te schrijven. Wilt u dat doen binnen het tekstvak?
- > Afhankelijk van uw situatie kunt u eventueel een aantal vragen overslaan. Er staat dan '→ GA NAAR VRAAG ...'.
- > Als er gevraagd wordt een getal in te vullen, moet u één cijfer per hokje invullen. Zet géén streepjes als u iets niet hoeft in te vullen en gebruik ook geen komma's (dus bijvoorbeeld geen halve kilo's).  
Voorbeeld: uw geboortjaar is 1964

Goed

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

Niet goed

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

Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0191 (gratis) of mail naar [helpdeskGM@ioresearch.nl](mailto:helpdeskGM@ioresearch.nl). U krijgt dan contact met I&O Research, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek. De helpdesk kan u helpen met het invullen van de vragenlijst.

## A. ALGEMEEN

A1. Wat is uw geboortjaar?

--	--	--	--

A2. Bent u ...?

- ☐ Een man
- ☐ Een vrouw
- ☐ Non-binair
- ☐ Anders dan bovenstaande

A3. **Met welke personen woont u momenteel samen?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Met een partner / echtgenoot of echtgenote
- ☐ Met kind(eren) jonger dan 4 jaar
- ☐ Met kind(eren) van 4 t/m 11 jaar
- ☐ Met kind(eren) van 12 t/m 17 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

## B. WERK, OPLEIDING EN FINANCIËLE SITUATIE

B1. **Wat is uw hoogst afgeronde opleiding (met diploma of getuigschrift)?**

- ☐ Geen opleiding (*lager onderwijs niet afgemaakt*)
- ☐ Lager onderwijs (*basisschool, speciaal basisonderwijs*)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (*zoals ambachts- of huishoudschool, lts, leao, lhno, vmbo-b, vmbo-k, speciaal- of praktijkonderwijs*)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (*zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g, vmbo-t, mbo-kort, mbo-1*)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (*zoals vakopleidingen bakker of kapper, mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, 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*)

B2. **Welke situatie is op u van toepassing?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Ik heb betaald werk, 1-19 uur per week
- ☐ Ik heb betaald werk, 20 uur of meer per week
- ☐ Ik ben met pensioen (*AOW, prepensioen*)
- ☐ 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

B3. **Indien u betaald werk verricht, welke situatie is op u van toepassing?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Ik ben in loondienst
- ☐ Ik ben ondernemer, met personeel
- ☐ Ik ben ondernemer zonder personeel (zzp'er)
- ☐ Niet van toepassing, ik verricht geen betaald werk → **GA NAAR VRAAG B5**

B4. Maakt u zich in uw vrije tijd wel eens zorgen over uw werk of uw bedrijf?

- ☐ Ja, heel vaak
- ☐ Ja, vaak
- ☐ Ja, soms
- ☐ Nee, nooit

B5. 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 opletten op mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite

## C. GEZONDHEID

C1. Hoe is over het algemeen uw gezondheid?

- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Gaat wel
- ☐ Slecht
- ☐ Zeer slecht

C2. Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

C3. 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 D1

C4. Duurt deze beperking al een half jaar of langer?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

## D. WELBEVINDEN

D1. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.

Geef op iedere regel uw antwoord.	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"/>

D2. Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?

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

- ☐ Nee, (bijna) niet → **GA NAAR VRAAG D4**  
☐ Ja, een beetje stress  
☐ Ja, veel stress  
☐ Ja, heel veel stress

D3. Op welke gebieden ervaarde u deze stress?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Werk  
☐ Studie  
☐ Relatie  
☐ Familie of vrienden  
☐ Opvoeding  
☐ Wonen  
☐ Gezondheid  
☐ Mantelzorg  
☐ Geldzaken  
☐ Social media  
☐ Anders

**D4. De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde de afgelopen 4 weken.**

Weet u niet zeker wat u moet antwoorden op een vraag? Geef dan het best mogelijke antwoord.

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"/>

**D5. Wilt u voor 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"/>

## E. LENGTE EN GEWICHT

**E1. Hoe lang bent u (zonder schoenen)?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	centimeter
----------------------	----------------------	----------------------	------------

**E2. Hoeveel kilo weegt u zonder kleren? (afronden op hele kilo's)**

Als u zwanger bent, hier graag uw gewicht van vóór de zwangerschap invullen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kilogram
----------------------	----------------------	----------------------	----------

## F. ROKEN EN ALCOHOL

F1. **Rookt u weleens?**

Het gaat om alle soorten tabaksproducten. Elektronische sigaretten tellen niet mee. Ook het verhitten van tabak of heatsticks met een apparaat zoals de IQOS telt niet mee.

☐ Ja → GA NAAR VRAAG F3

☐ Nee

F2. **Heeft u vroeger wel gerookt?**

☐ Ja

☐ Nee

F3. **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 F5

☐ Nee

F4. **Heeft u ooit alcohol gedronken?**

☐ Ja → GA NAAR VRAAG G1

☐ Nee → GA NAAR VRAAG G1

F5. **Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?**

☐ 4 dagen

☐ 3 dagen

☐ 2 dagen

☐ 1 dag

☐ Minder dan 1 dag

☐ Ik drink nooit doordeweeks → GA NAAR VRAAG F7

F6. **Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?**

☐ 16 of meer glazen

☐ 11 - 15 glazen

☐ 7 - 10 glazen

☐ 6 glazen

☐ 5 glazen

☐ 4 glazen

☐ 3 glazen

☐ 2 glazen

☐ 1 glas

F7. **Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?**

☐ 3 dagen

☐ 2 dagen

☐ 1 dag

☐ Minder dan 1 dag

☐ Ik drink nooit in het weekend → GA NAAR VRAAG F9

F8. **Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?**

☐ 16 of meer glazen

☐ 11 - 15 glazen

☐ 7 - 10 glazen

☐ 6 glazen

☐ 5 glazen

☐ 4 glazen

☐ 3 glazen

☐ 2 glazen

☐ 1 glas

F9. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- ☐ Meer dan 1 keer per week
- ☐ 1 keer per week
- ☐ 1 tot 3 keer per maand
- ☐ Minder dan 1 keer per maand
- ☐ Nooit → GA NAAR VRAAG F11

F10. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- ☐ Meer dan 1 keer per week
- ☐ 1 keer per week
- ☐ 1 tot 3 keer per maand
- ☐ Minder dan 1 keer per maand
- ☐ Nooit

F11. Heeft u één of meerdere (pleeg)kinderen in de leeftijd van 10 t/m 17 jaar?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → GA NAAR VRAAG G1

F12. Hoe oud is uw jongste kind in deze leeftijdsgroep?

Zet onder de juiste leeftijd een kruisje.

<b>10 jaar</b>	<b>11 jaar</b>	<b>12 jaar</b>	<b>13 jaar</b>	<b>14 jaar</b>	<b>15 jaar</b>	<b>16 jaar</b>	<b>17 jaar</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F13. Welke van de volgende beweringen is het meest van toepassing op het drinken van alcohol door dit kind?

Eén blikje of flesje bier = 1,5 glas. Twee flesjes is dus 3 glazen (halve glazen naar boven afronden). Slechts één antwoord aankruisen. Indien uw kind (nog) geen alcohol drinkt, wilt u dan toch uw mening geven.

Mijn kind...

- ☐ Mag geen alcohol drinken
- ☐ Mag af en toe een slokje
- ☐ Mag alleen alcohol drinken als ik er zelf bij ben
- ☐ Mag bij speciale gelegenheden één glas alcohol drinken
- ☐ Mag bij speciale gelegenheden twee of meer glazen alcohol drinken
- ☐ Mag alleen in het weekend één of twee glazen alcohol drinken
- ☐ Mag alleen in het weekend zelf bepalen hoeveel glazen alcohol het drinkt
- ☐ Mag zelf bepalen wanneer het drinkt en hoeveel glazen het drinkt
- ☐ Anders

F14. Praat u wel eens met uw kind over de risico's van alcohol drinken?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Ja, dat doe ik wel eens
- ☐ Nee, ik vind alcohol drinken niet zo gevaarlijk
- ☐ Nee, daar vind ik mijn kind nog te jong voor
- ☐ Nee, ik ben bang dat mijn kind juist (meer) gaat drinken als ik erover praat
- ☐ Nee, ik kan er niets over zeggen want ik drink zelf alcohol
- ☐ Nee, mijn kind wil er zelf niet over praten
- ☐ Nee, op school of door vrienden krijgt mijn kind genoeg voorlichting over alcohol
- ☐ Nee, daar heb ik nooit over nagedacht
- ☐ Nee, andere reden

## G. BEWEGEN

De volgende vragen gaan over bewegen. Elke vraag gaat over een andere activiteit. Denk bij de vragen aan een normale week in de afgelopen maanden.

<b>G1. Woon-werkverkeer</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u lopend naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u op de fiets naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

  

<b>G2. Lichamelijke activiteit op werk of school</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal uren per week
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan zittend of staand werk, zoals werk op een kantoor waarbij u soms loopt en af en toe iets moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>zwaar</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan werk waarbij u veel moet lopen of werk waarbij u vaak zware dingen moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur

  

<b>G3. Huishoudelijke activiteiten</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan koken, strijken, stofzuigen of opruimen.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week doet u <u>zwaar</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan zware boodschappen de trap op tillen, meubels verplaatsen of op uw knieën de vloer schoonmaken.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

  

<b>G4. Vrije tijd</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u wandelen? <i>Lopen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u fietsen? <i>Fietsen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week werkt u in de tuin?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week klust u in uw vrije tijd?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

G5. <b>Sport</b> <b>Welke sporten doet u?</b> Denk aan fitness / conditietraining, tennis, hardlopen, of voetbal. U kunt 4 sporten opgeven. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.	Hoeveel dagen per week doet u aan deze sport?	Hoeveel tijd doet u gemiddeld op zo'n dag aan deze sport?
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

## H. MENTALE GEZONDHEID

H1. De volgende vragen gaan over hoe u zich in de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Geef het antwoord dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I. 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.

I1. <b>Geef u <u>momenteel</u> mantelzorg?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → <b>GA NAAR VRAAG J1</b>
I2. <b>Hoeveel uur mantelzorg geeft u <u>momenteel</u> gemiddeld per week, reistijd meegerekend?</b> <i>Afronden op hele uren.</i>	Gemiddeld <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur per week
I3. <b>Hoe lang geeft u al mantelzorg?</b>	<input type="checkbox"/> Kortere dan drie maanden <input type="checkbox"/> Drie maanden of langer

14. 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

## J. SCHULDEN

- J1. Hieronder staan vragen over schulden en betalingsachterstand. U heeft een betalingsachterstand als u uw schuld(en) niet binnen de vastgestelde termijnen kunt aflossen

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ja	Nee
Heeft u meer dan drie soorten schulden? (bijvoorbeeld huurschuld, betalingsachterstand winkelpas, aflossing persoonlijke lening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een betalingsachterstand die 12 maanden of langer heeft geduurd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een betalingsachterstand die groter is dan 1.000 euro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u tenminste één betalingsachterstand die u niet zelfstandig binnen 12 maanden kunt oplossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een betalingsachterstand waarvoor u hulp heeft gevraagd bij hulpverleningsinstanties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## K. SOCIALE STEUN

- K1. De volgende vragen gaan over hoe mensen met u omgaan en of dit anders is dan u graag zou willen. Denkt u hierbij aan mensen zoals vrienden, familie, partner, burens en collega's.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ja, mis ik	Niet echt, maar iets vaker zou prettig zijn	Nee, precies goed zo	Nee, gebeurt nu te vaak
Mist u dat de mensen waarmee u omgaat ...				
u een steuntje in de rug geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u opvrolijken / opmonteren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u een duwtje in de goede richting geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u goede raad geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u zeggen dat u moet volhouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u troosten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u helpen uw problemen te verhelderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u geruststellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L. VRIJWILLIGERSWERK

L1. **Doet u vrijwilligerswerk?**

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

☐ Ja

☐ Nee → GA NAAR VRAAG M1

L2. **Hoe vaak doet u vrijwilligerswerk?**

☐ 1 of meer keer per week

☐ 1 of meer keer per maand, maar minder dan 1 keer per week → GA NAAR VRAAG M1

☐ 1 of meer keer per jaar, maar minder dan 1 keer per maand → GA NAAR VRAAG M1

L3. **Hoeveel uur vrijwilligerswerk doet u momenteel gemiddeld per week?**

*Afronden op hele uren.*

Gemiddeld

--	--	--

uur per week

L4. **Bij wat voor type organisatie doet u vrijwilligerswerk?**

*Er zijn meer antwoorden mogelijk.*

☐ Kerkelijke of levensbeschouwelijke organisatie

☐ Sportvereniging

☐ Culturele organisatie

☐ Organisatie voor zorg of dienstverlening

☐ Bewonersvereniging of buurtvereniging

☐ School of onderwijs

☐ Jongerenorganisatie

☐ Actie- of belangenorganisatie

☐ Anders

## M. NARE GEDACHTEN

M1. **Heeft u er in de afgelopen 12 maanden weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?**

☐ Nooit

☐ Een enkele keer

☐ Af en toe

☐ Vaak

☐ Heel vaak

M2. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden een poging ondernomen om een eind te maken aan uw leven?**

☐ Ja

☐ Nee

☐ Hierop wil ik niet antwoorden

Heeft u hulp nodig? Dan kunt u anoniem contact opnemen met Stichting 113 Zelfmoordpreventie via 0800-01113 (24/7 bereikbaar) en 113.nl.

## N. KLACHTEN

N1. Hieronder ziet u een lijst met verschillende gezondheidsklachten. We vragen u om per gezondheidsklacht in kolom A aan te kruisen of u in de afgelopen maand last heeft gehad van deze klachten.

Indien "ja", vragen we u om in kolom B aan te kruisen hoeveel maanden u daar last van heeft (gehad).

	A. Afgelopen maand last gehad van deze klacht?			B. Hoeveel maanden heeft u last (gehad) van deze klacht?		
	Nee	Ja		Minder dan 1 maand	1-6 maanden	Meer dan 6 maanden
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>						
Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buik- of maagklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree of verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritatie aan het oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek- of schouderklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of druk op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan arm/elleboog/hand/pols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan been/heup/knie/voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen in vingers, voeten of tenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstig/nervus/gespannen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotselinge (hevige) stress of crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaar/boosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benauwd of kortademig in rust (zonder inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan de neus (bijv. vaak niezen, prikkelend gevoel of regelmatig verstopte neus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidproblemen (bijv. jeuk, uitslag of rode plekken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verandering in gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overgevoeligheid voor licht of geluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlies van reuk of smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N2. Heeft u de afgelopen 12 maanden een huisarts bezocht voor deze klacht(en)? <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Nee	Ja
Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buik- of maagklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree of verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritatie aan het oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek- of schouderklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of druk op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan arm/elleboog/hand/pols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan been/heup/knie/voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen in vingers, voeten of tenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstig/nerveus/gespannen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotselinge (hevige) stress of crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaar/boosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benauwd of kortademig in rust (zonder inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan de neus (bijv. vaak niezen, prikkelend gevoel of regelmatig verstopte neus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidproblemen (bijv. jeuk, uitslag of rode plekken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verandering in gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overgevoeligheid voor licht of geluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlies van reuk of smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N3. Bent u besmet geweest met het coronavirus? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i>	<input type="checkbox"/> Ja, in de afgelopen 3 maanden <input type="checkbox"/> Ja, langer dan 3 maanden geleden <input type="checkbox"/> Weet ik niet → GA NAAR HET BLOK CORONAPERIODE <input type="checkbox"/> Nee → GA NAAR HET BLOK CORONAPERIODE
--	--

N4. Ervaart u nu nog klachten van besmetting met het coronavirus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
---	---

## CORONAPERIODE

De volgende vragen gaan over uw ervaringen tijdens de coronaperiode of gevolgen die u nog ervaart van deze periode. Met coronaperiode bedoelen we de periode vanaf maart 2020.

### O. UITGESTELDE ZORG

**O1. Heeft u tijdens de coronaperiode zorg niet of later ontvangen?**

*Denk hierbij aan zorg van bijvoorbeeld de huisarts, een fysiotherapeut, een psycholoog, een specialist in het ziekenhuis of de tandarts.*

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Nee, ik heb geen zorg nodig gehad → GA NAAR VRAAG P1
- ☐ Nee, mijn afspraken zijn niet uitgesteld of afgezegd → GA NAAR VRAAG P1
- ☐ Ja, de zorgverlener heeft één of meerdere afspraken uitgesteld of afgezegd → GA NAAR VRAAG O3
- ☐ Ja, ik heb zelf één of meerdere afspraken uitgesteld of afgezegd

**O2. Waarom heeft u ervoor gekozen om een afspraak uit te stellen of af te zeggen?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Ik zat in quarantaine of in isolatie
- ☐ Ik was bang om zelf besmet te worden met het coronavirus
- ☐ Ik was bang om iemand anders te besmetten met het coronavirus
- ☐ Ik wilde de zorg niet extra belasten
- ☐ De afspraak kon alleen online of telefonisch en dat vond ik niet prettig
- ☐ Een andere reden die te maken had met corona (bijvoorbeeld: ik wilde niet met het openbaar vervoer reizen vanwege corona)
- ☐ Een andere reden die niet te maken had met corona (bijvoorbeeld: geen tijd)

**O3. Heeft u de zorg nu wel ontvangen?**

- ☐ Ja, alles
- ☐ Ja, een deel
- ☐ Nee, en ik heb de zorg wel nodig
- ☐ Nee, maar ik heb de zorg nu niet meer nodig (bijvoorbeeld omdat de klacht vanzelf is overgegaan)

**O4. Ervaart u op dit moment nog negatieve gevolgen van de uitgestelde zorg?**

*Bijvoorbeeld (meer) klachten of stress of financiële veranderingen.*

- ☐ Ja, veel
- ☐ Ja, een beetje
- ☐ Nee

## P. GEVOLGEN CORONAPERIODE

De volgende vragen gaan over de gevolgen van de coronaperiode die u op dit moment ervaart.

**P1. Wat zijn voor u op dit moment nog de positieve gevolgen van de coronaperiode?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ik zit beter in mijn vel                  | <input type="checkbox"/> Ik beweeg meer                                  |
| <input type="checkbox"/> Meer rust                                 | <input type="checkbox"/> Ik slaap beter                                  |
| <input type="checkbox"/> Betere balans tussen werk/studie en privé | <input type="checkbox"/> Ik geef minder geld uit                         |
| <input type="checkbox"/> Meer tijd voor gezin, familie of vrienden | <input type="checkbox"/> Anders  |
| <input type="checkbox"/> Thuis werken of thuisonderwijs volgen     | <input type="checkbox"/> Ik ervaar op dit moment geen positieve gevolgen |
| <input type="checkbox"/> Ik eet gezonder                           |  |

**P2. Wat zijn voor u op dit moment nog de negatieve gevolgen van de coronaperiode?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Langdurig herstel na een coronabesmetting   | <input type="checkbox"/> Gestopt met studie of studievertraging          |
| <input type="checkbox"/> Uitstel van zorg die ik nodig had   | <input type="checkbox"/> Privé en werk/studie lopen teveel door elkaar   |
| <input type="checkbox"/> Overlijden of ernstig ziek zijn door corona van iemand die belangrijk voor mij is | <input type="checkbox"/> Zorgen om baan of inkomen                       |
| <input type="checkbox"/> Ik zit minder goed in mijn vel  | <input type="checkbox"/> Ik eet minder gezond                            |
| <input type="checkbox"/> Minder contact met familie of vrienden  | <input type="checkbox"/> Ik beweeg minder                                |
| <input type="checkbox"/> Ruzie of spanningen thuis, met familie of vrienden                                | <input type="checkbox"/> Ik slaap slechter                               |
| <input type="checkbox"/> Zorgen om ontwikkeling van mijn kinderen  | <input type="checkbox"/> Anders  |
| <input type="checkbox"/> Thuis moeten werken of thuisonderwijs moeten volgen                               | <input type="checkbox"/> Ik ervaar op dit moment geen negatieve gevolgen |

- P3. De volgende vragen gaan over wat u heeft meegemaakt tijdens de coronaperiode. We vragen u om per gebeurtenis in kolom A aan te kruisen of u deze gebeurtenis sinds het begin van de coronaperiode heeft meegemaakt. Indien "ja", vragen we u om in kolom B aan te kruisen of u hier nu nog last van heeft.

	A. Heeft u deze gebeurtenis <u>sinds het begin van de coronaperiode</u> meegemaakt?			B. Heeft u <u>nu</u> nog last van deze gebeurtenis?	
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Nee	Ja		Nee	Ja
Ik heb in het ziekenhuis gelegen door corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, heeft in het ziekenhuis gelegen door corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, is ernstig ziek geworden door iets anders dan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan iets anders dan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik was bang dat ik of iemand die belangrijk voor mij is corona zou krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb in mijn werk veel mensen gezien die ernstig ziek waren of zijn overleden aan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door de coronamaatregelen kon ik geen afscheid nemen van iemand die is overleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik had te maken met bedreiging en/of fysiek geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik had te maken met seksueel geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb een levensbedreigend ongeluk meegemaakt (bijvoorbeeld in het verkeer of op het werk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |  |
|--|--|
| > Heeft u bij de vorige vraag P3 <u>geen gebeurtenissen</u> aangegeven waar u nu nog last van heeft? | → GA NAAR HET EINDE VAN DE VRAGENLIJST |
| > Heeft u van <u>meerdere gebeurtenissen</u> nog last?   | → GA NAAR VRAAG P4                     |
| > Is er <u>één gebeurtenis</u> waar u nog last van heeft?  | → GA NAAR VRAAG P5                     |

P4. **Welke van de in de vorige vraag genoemde gebeurtenissen was het meest heftig voor u?**

*U mag één antwoord geven.*

- ☐ Dat ik in het ziekenhuis heb gelegen door corona
- ☐ Dat iemand die belangrijk voor mij is, in het ziekenhuis heeft gelegen door corona
- ☐ Dat iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan corona
- ☐ Dat iemand die belangrijk voor mij is, ernstig ziek is geworden door iets anders dan corona
- ☐ Dat iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan iets anders dan corona
- ☐ Dat ik bang was dat ik of iemand die belangrijk voor mij is corona zou krijgen
- ☐ Dat ik in mijn werk veel mensen heb gezien die ernstig ziek waren of zijn overleden aan corona
- ☐ Dat ik door de coronamaatregelen geen afscheid kon nemen van iemand die is overleden
- ☐ Dat ik te maken had met bedreiging en/of fysiek geweld
- ☐ Dat ik te maken heb gehad met seksueel geweld
- ☐ Dat ik een levensbedreigend ongeluk heb meegemaakt (bijvoorbeeld in het verkeer of op het werk)

P5. **Wanneer vond deze gebeurtenis plaats?**

*We bedoelen de meest heftige gebeurtenis die u sinds het begin van de coronaperiode heeft meegemaakt.  
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Minder dan 1 maand geleden → **GA NAAR VRAAG Q1 ALS DIT UW ENIGE ANTWOORD IS**
- ☐ 1-6 maanden geleden
- ☐ 6-12 maanden geleden
- ☐ Meer dan 12 maanden geleden

P6. **Hieronder volgt een lijst van problemen die mensen soms kunnen hebben na een zeer stressvolle gebeurtenis. Lees alstublieft elke omschrijving aandachtig door terwijl u denkt aan de gebeurtenis die voor u het meest heftig was. Geef op elke regel één antwoord om aan te geven in hoeverre u er in de afgelopen 4 weken last van heeft gehad.**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal niet	Een beetje	Matig	Nogal veel	Extreem veel
Regelmatig terugkerende, onaangename en ongewenste herinneringen aan de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmatig terugkerende, onaangename dromen over de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opeens het gevoel hebben of u gedragen alsof de stressvolle gebeurtenis daadwerkelijk opnieuw plaatsvindt (alsof u terug bent in de tijd dat de gebeurtenis zich afspeelde, en het opnieuw beleeft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erg van streek raken wanneer iets u aan de stressvolle gebeurtenis herinnert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een sterke lichamelijke reactie hebben wanneer iets u aan de stressvolle gebeurtenis herinnert (bijvoorbeeld: hartkloppingen, moeite met ademen, zweten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het vermijden van herinneringen, gedachten of gevoelens die verband houden met de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het vermijden van dingen die herinneringen zouden kunnen oproepen aan de stressvolle gebeurtenis (bijvoorbeeld: bepaalde mensen, plekken, gespreksonderwerpen, activiteiten, voorwerpen of situaties)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vervolg vraag P6

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal niet	Een beetje	Matig	Nogal veel	Extreem veel
Moeite hebben met het herinneren van belangrijke delen van de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterke, negatieve overtuigingen hebben met betrekking tot uzelf, anderen of de wereld (bijvoorbeeld gedachten hebben zoals: ik ben slecht, er is iets vreselijk mis met mij, niemand is te vertrouwen, de wereld is door en door gevaarlijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De schuld geven aan uzelf of aan anderen voor de stressvolle gebeurtenis of de gevolgen daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterke, negatieve gevoelens ervaren zoals angst, afschuw, boosheid, schuld of schaamte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde interesse hebben in activiteiten die u eerder graag deed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afstand voelen tussen uzelf en andere mensen, of u vervreemd voelen van andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite hebben om positieve gevoelens te ervaren (bijvoorbeeld: niet in staat zijn om u gelukkig te voelen of om gevoelens van liefde te hebben voor de mensen die u nabij zijn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaarheid, woedeaanvallen, of u agressief gedragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teveel risico's nemen of dingen doen die u schade zouden kunnen toebrengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Superalert", waakzaam of op uw hoede zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U nerveus voelen of snel schrikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite hebben met concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite hebben met inslapen of doorslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Heeft u hulp nodig bij een stressvolle of heftige gebeurtenis? Dan kunt u contact opnemen met MIND Korrelatie via [www.mindkorrelatie.nl](http://www.mindkorrelatie.nl)**

## Q. AFSLUITING

Q1. Wilt u kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten van 50 euro die wij verloten?

- ☐ Ja, ik wil kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten en deelnemen aan de verloting en geef toestemming om mijn adresgegevens<sup>①</sup> te gebruiken als ik gewonnen heb om de cadeaukaart te ontvangen.
- ☐ Nee, ik wil geen kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten en doe niet mee aan de verloting.

## R. ONLINE ONDERZOEKSPANEL

Wilt u vaker meedoen aan online onderzoeken van de GGD Hollands Midden over onderwerpen die met gezondheid te maken hebben?  
Word dan lid van het onderzoekspanel!

U kunt zich aanmelden op onze website door de QR code te scannen of op internet te gaan naar <https://panelggd.nl/hollandsmidden/aanmelden>

*Als u mee doet ontvangt u 3 tot 4 keer per jaar een online vragenlijst. Deelname is geheel vrijwillig en u kunt op elk gewenst moment stoppen. De resultaten uit onze panelonderzoeken geven de GGD, gemeenten en andere organisaties inzicht in hoe het gaat met hun inwoners. Zij kunnen dan beter besluiten wat er moet gebeuren om de gezondheid te verbeteren.*



## Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

Dat waren alle vragen. Heeft u nog aanvullingen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst? Dan kunt u dat hieronder aangeven:

- > U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoortenvelop (postzegel is niet nodig).
- > Bent u de antwoortenvelop kwijt? Het retouradres voor de vragenlijst is: I&O Research, Antwoordnummer 1104, 7500 VB Enschede. Een postzegel is niet nodig.
- > Meer informatie kunt u vinden op: [www.ggdhm.nl/Gezondheidsmonitor2022](http://www.ggdhm.nl/Gezondheidsmonitor2022)

<sup>①</sup> Hoe komen we aan uw adresgegevens? Zie de privacyverklaring op [www.ggdhm.nl/Gezondheidsmonitor2022](http://www.ggdhm.nl/Gezondheidsmonitor2022)