

# Nationale Enquête

## Arbeids-

## omstandigheden

## voor Werknemers

### 2015



Centraal Bureau  
voor de Statistiek

**TNO** innovation  
for life

Deze vragenlijst is niet geschikt om mee deel te nemen aan het onderzoek. Bent u per brief door CBS uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek en heeft u vragen hierover, dan kunt u mailen naar [contactcenter@cbs.nl](mailto:contactcenter@cbs.nl) onder vermelding van 'NEA'. U kunt CBS ook telefonisch bereiken via (045) 570 64 00. CBS is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 9.00 tot 17.00 uur. Als u wilt, bellen de medewerkers u natuurlijk graag terug.

## Algemene informatie

- Invultijd: circa 25 minuten
- Gegevens blijven anoniem

## Schriftelijk invullen?

- Gebruik een balpen
- Zet in het hokje van uw keuze een kruis
- Corrigeren: maak het foute hokje 'zwart'  en zet een kruis in het goede hokje
- Bij het invullen van getallen s.v.p. binnen de hokjes schrijven
- Gebruik bijgevoegde antwoordenvolp om de vragenlijst terug te sturen (postzegel niet nodig)

# 1 Persoonsgegevens

Bedankt dat u mee wilt werken aan de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden.  
Voor dit onderzoek is het belangrijk dat u zelf de vragen invult.

a Wat is uw geslacht?

- Man  
 Vrouw

b Wat is uw leeftijd?

jaar

c Heeft u op dit moment betaald werk als werknemer?  
Ook 1 uur per week of een korte periode telt al mee.

- Ja  
 Nee → **Vul de vragenlijst niet verder in, maar verstuur deze naar CBS**

d Welke van de volgende opleidingen heeft u na de basisschool gevolgd?

Als u op dit moment een opleiding volgt die langer duurt dan 6 maanden, deze ook meetellen.  
Meerdere antwoorden mogelijk.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geen opleiding gevolgd → <b>Ga naar 2; Uw dienstverband</b> | <input type="checkbox"/> Een andere mbo-opleiding (mts, meao, middenstandsdiploma, pdb, mba) |
| <input type="checkbox"/> Voortgezet gewoon lager onderwijs                           | <input type="checkbox"/> Een hbo-opleiding (hts, heao, kweekschool)                          |
| <input type="checkbox"/> Lbo of vso (lts, leao, vbo, huishoudschool, ambachtsschool) | <input type="checkbox"/> Een verkorte hbo-opleiding  |
| <input type="checkbox"/> Vmbo of lwoo (inclusief theoretische leerweg)               | <input type="checkbox"/> Een post-hbo of associate degree                                    |
| <input type="checkbox"/> Mavo (ulo, mulo)  | <input type="checkbox"/> Een universitaire propedeuse  |
| <input type="checkbox"/> Havo (mms)  | <input type="checkbox"/> Een universitaire bachelor  |
| <input type="checkbox"/> Vwo, gymnasium of atheneum (hbs, lyceum)                    | <input type="checkbox"/> Master, doctoraal, postdoctoraal of promotieonderzoek               |
| <input type="checkbox"/> Een mbo-opleiding op niveau 1                               |  |

e Welke van de volgende opleidingen heeft u afgerond met een diploma?

Een diploma kan ook een akte, graad of getuigschrift zijn.  
Meerdere antwoorden mogelijk.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geen van deze opleidingen met een diploma afgerond          | <input type="checkbox"/> Een andere mbo-opleiding (mts, meao, middenstandsdiploma, pdb, mba) |
| <input type="checkbox"/> Voortgezet gewoon lager onderwijs                           | <input type="checkbox"/> Een hbo-opleiding (hts, heao, kweekschool)                          |
| <input type="checkbox"/> Lbo of vso (lts, leao, vbo, huishoudschool, ambachtsschool) | <input type="checkbox"/> Een verkorte hbo-opleiding  |
| <input type="checkbox"/> Vmbo of lwoo (inclusief theoretische leerweg)               | <input type="checkbox"/> Een post-hbo of associate degree                                    |
| <input type="checkbox"/> Mavo (ulo, mulo)  | <input type="checkbox"/> Een universitaire propedeuse  |
| <input type="checkbox"/> Havo (mms)  | <input type="checkbox"/> Een universitaire bachelor  |
| <input type="checkbox"/> Vwo, gymnasium of atheneum (hbs, lyceum)                    | <input type="checkbox"/> Master, doctoraal, postdoctoraal of promotieonderzoek               |
| <input type="checkbox"/> Een mbo-opleiding op niveau 1                               |  |

## 2 Dienstverband

- a Hebben uw betaalde werkzaamheden als werknemer betrekking op één baan of op meer dan één baan?

Ook banen met een klein aantal uren tellen mee.

- Eén baan als werknemer  
 Meerdere banen als werknemer

- b Bent u naast uw werk als werknemer ook werkzaam als zelfstandige?

Bijvoorbeeld in een eigen bedrijf of als ZZP'er.  
Indien u bij uw eigen bedrijf op de loonlijst staat, vul dan 'nee' in.

- Ja  
 Nee

Let op:

De volgende vraag (2c) alleen invullen als u meerdere banen als werknemer heeft óf ook werkzaam bent als zelfstandige.

- c Wat is de belangrijkste reden dat u meerdere banen heeft?

- De afwisseling in werkzaamheden of contacten  
 Meer uren kunnen maken om financieel rond te kunnen komen  
 Geld verdienen voor iets extra's  
 Mezelf kunnen ontwikkelen op meerdere gebieden
- Op de lange termijn aan het werk kunnen blijven  
 Om de zekerheid van inkomen (uit loondienst) te behouden  
 Anders, namelijk:

Deze vragenlijst gaat over uw baan als werknemer. Heeft u meer dan één betaalde baan als werknemer?  
Vul dan de vragenlijst in voor de baan waaraan u gemiddeld de meeste tijd besteedt!

- d Bent u op dit moment in vaste dienst?

- Ja → [Ga naar 2g](#)  
 Nee  
 Deels vast, deels tijdelijk → [Ga naar 2g](#)

- e Is met u afgesproken dat u bij goed functioneren in vaste dienst komt?

- Ja → [Ga naar 2g](#)  
 Nee/niet van toepassing

- f Bent u aangenomen voor een bepaalde, vooraf vastgestelde periode?

- Ja, voor korter dan 1 maand  
 Ja, voor 1 tot 3 maanden  
 Ja, voor 3 tot 6 maanden  
 Ja, voor 6 maanden tot 1 jaar  
 Ja, voor 1 jaar of langer  
 Nee

- g Bent u werkzaam als oproepkracht of invalkracht, als uitzendkracht, via de WSW (Wet Sociale Werkvoorziening) of geen van deze?

- Oproepkracht of invalkracht → [Ga naar 2i](#)  
 Uitzendkracht → [Ga naar 2i](#)  
 WSW (Wet Sociale Werkvoorziening) → [Ga naar blauwe balk pag 5](#)  
 Geen van deze

- h Bent u door uw werkgever gedetacheerd naar één of meer andere bedrijven?

- Ja  
 Nee

Let op: de volgende vraag (21) alleen invullen als u op dit moment *geen* vast dienstverband heeft óf als u werkzaam bent als *oproepkracht, invalkracht of uitzendkracht*.

i Wat is de belangrijkste reden waarom u op dit moment geen vast dienstverband heeft of werkzaam bent als oproep-/inval-/uitzendkracht?

- Ik heb behoefte aan flexibiliteit
- Ik heb geen behoefte aan zekerheid
- Ik ben nieuw bij mijn huidige werkgever
- Het lukt niet om een vaste baan te krijgen

j Bent u in dienst voor een vast aantal uren?

Als u het antwoord niet precies weet, wilt u dan schatten.  
S.v.p. afronden op hele uren.

- Ja voor   uur per week → [Ga naar 21](#)
- Nee
- N.v.t., niet in dienst

k Hoeveel uur werkt u gemiddeld?

U kunt zelf kiezen of u dit per week, per maand, per jaar of in lesuren per week wil opgeven.  
Als u het antwoord niet precies weet, wilt u dan schatten.  
S.v.p. afronden op hele uren.

- uur
- Per week
- Per maand
- Per jaar
- Lesuren per week

l Op hoeveel dagen per week werkt u doorgaans?

M.a.w.: over hoeveel dagen worden de gewerkte uren per week verspreid?

- dagen per week

m Werkt u in ploegendienst of wisseldienst?

Met ploegendienst bedoelen we dat er gewerkt wordt in 2 of meer verschillende ploegen.

- Ja, gewoonlijk
- Ja, soms
- Nee

n Heeft u wel eens diensten waarbij u bereikbaar, beschikbaar of oproepbaar moet zijn?

- Ja, regelmatig
- Ja, soms
- Nee

De volgende 4 vragen gaan over uw normale werktijden.  
Overuren niet meerekenen.

o1 Werkt u wel eens 's avonds, dat wil zeggen tussen 7 uur 's avonds en 12 uur 's nachts?

- | Ja, regelmatig           | Ja, soms                 | Nee                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

o2 Werkt u wel eens 's nachts, dat wil zeggen tussen 12 uur 's nachts en 6 uur 's morgens?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

o3 Werkt u wel eens op zaterdag?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

o4 Werkt u wel eens op zondag?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

<p>p Werkt u regelmatig of soms over?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja, regelmatig  <input type="checkbox"/> Ja, soms  <input type="checkbox"/> Nee → <a href="#">Ga naar 2r</a> </p>
<p>q Hoeveel overuren maakt u gemiddeld per week?</p> <p>Het gaat zowel om betaald als onbetaald overwerk. Reistijd niet meetellen, overwerk thuis wel meetellen. S.v.p. afronden op hele uren.</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> uur per week</p>
<p>r Waar werkt u doorgaans voor uw werkgever?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Op mijn eigen woonadres → <a href="#">Ga naar 2t</a>  <input type="checkbox"/> Op een vast adres van uw werkgever  <input type="checkbox"/> Op verschillende plaatsen         </p>
<p>s Werkt u ook thuis voor uw werkgever?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee → <a href="#">Ga naar 2u</a>  <input type="checkbox"/> Niet van toepassing, kan niet thuiswerken → <a href="#">Ga naar 2u</a> </p>
<p>t Hoeveel uur werkt u gemiddeld <u>per week</u> thuis voor uw werkgever?</p> <p>S.v.p. afronden op hele uren.</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> uur per week</p>
<p>u Werkt u wel eens vanuit huis of een andere locatie buiten uw bedrijf, via een verbinding met het netwerk van uw bedrijf?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nee  <input type="checkbox"/> Ja, minder dan 4 uur per week  <input type="checkbox"/> Ja, 4 uur per week of meer         </p>
<p>v Sinds wanneer werkt u bij uw huidige werkgever?</p> <p>Als u het niet precies weet, wilt u dan schatten.</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> maand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jaar</p>
<p>w Sinds wanneer werkt u in uw huidige functie?</p> <p>Als u het niet precies weet, wilt u dan schatten.</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> maand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jaar</p>

## 3 Uw bedrijf

a Bij wat voor soort bedrijf of instelling werkt u?

Als u op dit moment gedetacheerd of uitgezonden bent, gaat het om het bedrijf waar u naar gedetacheerd of uitgezonden bent. Bij meerdere bedrijven/instellingen gaat het om het bedrijf/de instelling waarvoor u de meeste uren werkt.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Productiebedrijf / Fabriek             | <input type="checkbox"/> Onderwijsinstelling    |
| <input type="checkbox"/> Bouwbedrijf                            | <input type="checkbox"/> Overheidsinstelling    |
| <input type="checkbox"/> Transport- of vervoersbedrijf          | <input type="checkbox"/> Financiële instelling  |
| <input type="checkbox"/> (Web)Winkel / Groothandel / Marktkraam | <input type="checkbox"/> ICT-bedrijf            |
| <input type="checkbox"/> Horecagelegenheid                      | <input type="checkbox"/> Particulier huishouden |
| <input type="checkbox"/> Gezondheids- of zorginstelling         | <input type="checkbox"/> Anders                 |

b Wat zijn de belangrijkste activiteiten van dit bedrijf/deze instelling?

Probeer in de omschrijving zo specifiek mogelijk te zijn.

**Dus niet:**

Adviseren

Onderhoud

Verhuren

**Maar liever:**

Adviseren in schoolloopbaan, advies geven op het gebied van public relations, juridisch advies geven op het gebied van arbeidsrecht

Onderhoud van computers, tuinonderhoud, onderhoud van CV ketels

Verhuren van personenauto's, verhuren van bedrijfspanden, verhuren van machines en werktuigen


c Hoeveel personen werken er ongeveer in uw bedrijf of instelling?

Als uw bedrijf meer dan één vestiging heeft, geef dan alleen het aantal werknemers aan van de vestiging waar u werkt.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 tot en met 4   | <input type="checkbox"/> 100 tot en met 249 |
| <input type="checkbox"/> 5 tot en met 9   | <input type="checkbox"/> 250 tot en met 499 |
| <input type="checkbox"/> 10 tot en met 19 | <input type="checkbox"/> 500 tot en met 999 |
| <input type="checkbox"/> 20 tot en met 49 | <input type="checkbox"/> 1 000 of meer      |
| <input type="checkbox"/> 50 tot en met 99 |   |

d Vonden in de afgelopen 12 maanden één of meer van de volgende veranderingen plaats in uw bedrijf (vestiging/locatie)?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Een grote reorganisatie                      | <input type="checkbox"/> Fusie met een ander bedrijf                               |
| <input type="checkbox"/> Overname <u>door</u> een andere organisatie  | <input type="checkbox"/> Uitbesteding van ondersteunende diensten                  |
| <input type="checkbox"/> Overname <u>van</u> een andere organisatie   | <input type="checkbox"/> Verplaatsing van bedrijfsactiviteiten naar het buitenland |
| <input type="checkbox"/> Inkrimping <u>zonder</u> gedwongen ontslagen | <input type="checkbox"/> Automatisering van bedrijfsactiviteiten                   |
| <input type="checkbox"/> Inkrimping <u>met</u> gedwongen ontslagen    | <input type="checkbox"/> Geen van deze   |

## 4 Uw beroep

a Welk beroep of welke functie oefent u uit?

Probeer in de omschrijving zo specifiek mogelijk te zijn, bijvoorbeeld door een specialisme of niveau op te geven.

**Dus niet:**

Manager

Verpleegkundige

Monteur

**Maar liever:**

Manager automatisering, manager zorg, financieel manager

Psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundige niveau 4, verpleegkundige op de spoedeisende hulp

Automonteur, monteur elektrotechniek, machinemonteur

  
  

b Geeft u in uw beroep of functie leiding aan medewerkers of personeel?

- Ja, aan 1 – 4 medewerkers  
 Ja, aan 5 – 9 medewerkers  
 Ja, aan 10 – 19 medewerkers  
 Ja, aan 20 – 49 medewerkers  
 Ja, aan 50 – 99 medewerkers  
 Ja, aan 100 of meer medewerkers  
 Nee → [Ga naar 4g](#)

c Geeft u uitsluitend leiding of verricht u daarnaast ook dezelfde werkzaamheden als het personeel of de medewerkers waaraan u leiding geeft?

- Geef uitsluitend leiding → [Ga naar 4e](#)  
 Naast leiding geven dezelfde werkzaamheden als personeel/medewerkers

d Waaruit bestaat het grootste deel van uw werkzaamheden?

- Leiding geven  
 Andere werkzaamheden → [Ga naar 4g](#)

e Heeft u de bevoegdheid om beslissingen te nemen over personele zaken zoals het aannemen van personeel of het geven van een loonsverhoging?

- Ja  
 Nee

f Heeft u de bevoegdheid om beslissingen te nemen met betrekking tot het financieel of strategisch beleid van de organisatie, zoals het budget of het meerjarenplan?

- Ja → [Ga naar 5; Uw werkomstandigheden](#)  
 Nee → [Ga naar 5; Uw werkomstandigheden](#)

g Wat zijn (eventueel naast leidinggeven) de belangrijkste werkzaamheden die u verricht?

Probeer in de omschrijving zo specifiek mogelijk te zijn.

**Dus niet:**

Adviseren

Administratie

Verzorgen

**Maar liever:**

Particulieren adviseren over hypotheek, scholieren adviseren bij vervolgstudie, bedrijven juridisch advies geven

Boekhouden, leerlingenadministratie bijhouden, factureren, gegevens invoeren

Verzorgen van kinderen, verzorgen van ouderen in thuiszorg, verzorgen van gehandicapten



# 5 Uw werkomstandigheden

a Moet u gevaarlijk werk doen?

- Ja, regelmatig
- Ja, soms
- Nee → [Ga naar 5c1](#)

b Wat is het belangrijkste gevaar dat u loopt tijdens uw werk?

[Meerdere antwoorden mogelijk.](#)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vallen van hoogte      | <input type="checkbox"/> Ongeluk met gevaarlijke stoffen |
| <input type="checkbox"/> Struikelen, uitglijden | <input type="checkbox"/> Confrontatie met geweld         |
| <input type="checkbox"/> Bekneld raken          | <input type="checkbox"/> Verbranden                      |
| <input type="checkbox"/> Snijden, steken        | <input type="checkbox"/> Verstikking                     |
| <input type="checkbox"/> Botsen, aanrijdingen   | <input type="checkbox"/> Anders                          |

- c1 Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten, bijvoorbeeld bij tillen, duwen, trekken of sjouwen of gebruikt u in uw werk gereedschappen of apparaten waarbij u veel kracht moet zetten?
- c2 Maakt u bij uw werk gebruik van een gereedschap, apparaat of voertuig dat trillingen of schudden veroorzaakt?
- c3 Doet u werk in een ongemakkelijke werkhouding?
- c4 Doet u werk waarbij u herhalende bewegingen moet maken?
- c5 Is er op uw werkplek zoveel lawaai, dat u hard moet praten om u verstaanbaar te maken?

- | Ja, regelmatig           | Ja, soms                 | Nee                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d Wanneer u werkt in lawaai, gebruikt u dan gehoorbeschermers, zoals oorkappen of oordopjes?

- Ja, regelmatig
- Ja, soms
- Nee
- Niet van toepassing

- e1 Werkt u met water of waterige oplossingen?
- e2 Krijgt u tijdens uw werk stoffen op uw huid?  
[Zoals lijm, verf, schoonmaakmiddelen, geneesmiddelen of bestrijdingsmiddelen.](#)
- e3 Ademt u tijdens het werk stoffen in?  
[Zoals damp van oplosmiddel, uitlaatgas, lasrook, graanstof of stof van steen en beton.](#)
- e4 Komt u in contact met mogelijk besmettelijke personen, dieren of materiaal?

- | Nooit                    | Soms                     | Vaak                     | Altijd                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
f1 Kunt u zelf beslissen hoe u uw werk uitvoert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2 Bepaalt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f3 Kunt u zelf uw werktempo regelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f4 Moet u in uw werk zelf oplossingen bedenken om bepaalde dingen te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f5 Kunt u verlof opnemen wanneer u dat wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f6 Kunt u zelf bepalen op welke tijden u werkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
g1 Moet u erg snel werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2 Moet u heel veel werk doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g3 Moet u extra hard werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
h1 Brengt uw werk u in emotioneel moeilijke situaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h2 Is uw werk emotioneel veeleisend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h3 Raakt u emotioneel betrokken bij uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
i1 Vereist uw werk intensief nadenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i2 Vergt uw werk dat u er uw gedachten bij houdt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i3 Vergt uw werk veel aandacht van u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j Hoeveel uur per dag werkt u gemiddeld aan een beeldscherm voor uw werk?

uur per dag

Een beeldscherm kan bijvoorbeeld zijn een desktop, laptop, notebook, tablet of smartphone.  
S.v.p. afronden op hele uren.

## 6 Klanten en collega's

Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de onderstaande uitspraken?

- a1 Mijn leidinggevende heeft oog voor het welzijn van de medewerkers
- a2 Mijn leidinggevende besteedt aandacht aan wat ik zeg
- a3 Mijn collega's hebben persoonlijke belangstelling voor me
- a4 Mijn collega's zijn vriendelijk

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Niet van toepassing
a1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u in de afgelopen 12 maanden een conflict gehad met:

- b1 Eén of meer directe collega's?
- b2 Uw direct leidinggevende?
- b3 Uw werkgever?

	Nee	Ja, kortdurend	Ja, langdurig
b1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kunt u aangeven in welke mate u de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken heeft gehad met:

- c1 Ongewenste seksuele aandacht van klanten (of patiënten, leerlingen of passagiers, e.d.)?
- c2 Ongewenste seksuele aandacht van leidinggevend en of collega's?
- c3 Intimidatie door klanten (of patiënten, leerlingen of passagiers, e.d.)?
- c4 Intimidatie door leidinggevend en of collega's?
- c5 Lichamelijk geweld door klanten (of patiënten, leerlingen of passagiers, e.d.)?
- c6 Lichamelijk geweld door leidinggevend en of collega's?
- c7 Pesten door klanten (of patiënten, leerlingen of passagiers, e.d.)?
- c8 Pesten door leidinggevend en of collega's?

	Nee, nooit	Ja, een enkele keer	Ja, vaak	Ja, zeer vaak
c1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- d Bent u in de afgelopen 12 maanden persoonlijk gediscrimineerd op uw werk?

[Meerdere antwoorden mogelijk.](#)

Nee

Ja, vanwege mijn geslacht

Ja, vanwege mijn huidskleur

Ja, vanwege mijn geloofsovertuiging

Ja, vanwege mijn seksuele geaardheid/voorkeur

Ja, vanwege mijn leeftijd

Ja, vanwege een andere reden, namelijk:

e Tot wie voelt u zich seksueel aangetrokken?

- Alleen tot vrouwen
- Vooral tot vrouwen
- Evenveel tot vrouwen als tot mannen
- Vooral tot mannen
- Alleen tot mannen
- Weet ik niet/anders
- Geen antwoord

## 7 Arbeidsongevallen

a Bent u in de afgelopen 12 maanden betrokken geweest bij een arbeidsongeval? Dat wil zeggen een voorval tijdens het werk waardoor u lichamelijk letsel of geestelijke schade heeft opgelopen.

- Ja
- Nee → [Ga naar 8; Arbo-maatregelen](#)

[Arbeidsongevallen tijdens woon-werk verkeer tellen niet mee.](#)  
[Arbeidsongevallen met uitsluitend een natuurlijke oorzaak, zoals een hartaanval of beroerte, tellen niet mee.](#)

De volgende vragen gaan over het verzuim dat u heeft gehad als gevolg van de arbeidsongevallen in de afgelopen 12 maanden.  
Onder verzuim verstaan we alle volledige dagen van het begin tot het einde van het verzuim, ook tussenliggende vrije dagen en weekenddagen. De dag van het ongeval telt niet mee.

b Heeft u in de afgelopen 12 maanden arbeidsongevallen gehad waarbij u geen verzuim heeft gehad of minder dan 1 dag?

- Ja namelijk   aantal ongeval(len)
- Nee

c Heeft u in de afgelopen 12 maanden arbeidsongevallen gehad waarbij u 1, 2 of 3 dagen heeft verzuimd?

- Ja namelijk   aantal ongeval(len)
- Nee

d Heeft u in de afgelopen 12 maanden arbeidsongevallen gehad waarbij u 4 dagen of meer heeft verzuimd?

- Ja namelijk   aantal ongeval(len)
- Nee → [Ga naar 7q](#)

e De volgende vragen gaan over het meest recente arbeidsongeval dat heeft geleid tot een verzuim van minstens 4 dagen.

Hoeveel volledige dagen heeft u verzuimd als gevolg van dit ongeval?

[Tel alle volledige dagen van begin tot eind van het verzuim: ook tussenliggende vrije dagen en weekenddagen.](#)  
[De dag van het ongeval telt niet mee.](#)

- 4, 5 of 6 dagen
- 7 t/m 13 dagen
- 14 t/m 20 dagen
- 21 dagen tot 1 maand
- 1 of 2 maanden
- 3, 4 of 5 maanden
- 6 maanden of langer

f Op welke datum vond dit ongeval plaats?

[Als u het antwoord niet precies weet, wilt u dan schatten.](#)

dag   maand      jaar

g In welke Nederlandse plaats gebeurde het ongeval?

[Bijv. Amsterdam, Eindhoven of Utrecht.](#)

Het ongeval vond plaats in het buitenland

h Bevond u zich tijdens het ongeval op uw vaste werkadres/standplaats of op een tijdelijke of mobiele werkplek?

Denk bij uw vaste werkadres/standplaats aan een kantoor, winkel of terrein van uw werkgever waar u zich doorgaans bevindt voor het werk.

Denk bij tijdelijke of mobiele werkplek bijvoorbeeld aan:

- Een tijdelijke werklocatie, zoals een bouwplaats
- Onderweg zijn voor het werk
- Het werken op een andere plaats dan uw gebruikelijke werklocatie, werkadres of standplaats

- Vaste werkadres/standplaats
- Tijdelijke of mobiele werkplek
- Anders

i Waar gebeurde het ongeval?

- Op of in een ruimte voor productie, onderhoud of reparatie of locatie voor opslag of laden/lossen
- Op of in een bouwterrein, bouwwerk, steengroeve of bovengrondse mijn
- Op of in een locatie voor landbouw, veeteelt, visteelt of een bosgebied, tuin of dierentuin
- Op of in een kantoor, onderwijsinstelling, bibliotheek, winkel of restaurant
- Op of in een zorginstelling, kliniek, ziekenhuis of verpleeghuis
- Op of in een woning

- Op of in een vervoermiddel of op straat, op het spoor of op een vliegveld
- Op of in een sportlocatie, zoals een sporthal, zwembad of stadion
- In de lucht of op hoogte (bouwterrein niet meetellen)
- Ondergronds (bouwterreinen niet meetellen)
- Op het water (bouwterreinen niet meetellen)
- Onder water of onder overdruk
- Anders

j Wat voor soort letsel of verwonding heeft u als gevolg van dit ongeval opgelopen?

Kruis bij meerdere letsels alleen het meest ernstige letsel aan.

- Een open wond of oppervlakkige verwonding, zoals snij-, prik-, steek- of schaafwonden
- Brandwonden of letsel door chemische verbranding
- Botbreuk(en)
- Het 'uit de kom' schieten van gewrichten of lichaamsdelen
- Verstuing of verrekking van spieren, banden of lichaamsdelen
- Verlies van één of meerdere lichaamsdelen, ogen of oren
- Vergiftiging of infectie
- Een inwendige verwonding of hersenschudding
- Letsel door een tijdelijk tekort aan lucht, verstikking
- Letsel door onderdompeling of ergens onder worden bedolven

- Letsel door lawaai, trillingen of verschillen in druk
- Letsel door te hoge of te lage temperaturen, bijvoorbeeld zonnesteek, bevriezing of onderkoeling
- Letsel door een elektrische schok
- Letsel door straling
- In shock raken door een verwonding of letsel
- In shock raken door een traumatische ervaring
- Psychische schade
- Meerdere even ernstige letsels
- Anders

k Is er sprake van blijvend letsel?

- Ja
- Nee
- Nog niet bekend

l Aan welk lichaamsdeel heeft u het meest ernstige letsel opgelopen als gevolg van het ongeval?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoofd of gezicht        | <input type="checkbox"/> Romp, ribben, buik of organen                           |
| <input type="checkbox"/> Hersenen                | <input type="checkbox"/> Knie  |
| <input type="checkbox"/> Hals of nekwerfels      | <input type="checkbox"/> Been  |
| <input type="checkbox"/> Rug of rugwerfels       | <input type="checkbox"/> Enkel   |
| <input type="checkbox"/> Sleutelbeen             | <input type="checkbox"/> Een of meerdere tenen                                   |
| <input type="checkbox"/> Schouder                | <input type="checkbox"/> Voet  |
| <input type="checkbox"/> Arm of elleboog         | <input type="checkbox"/> Heup of bekken  |
| <input type="checkbox"/> Pols                    | <input type="checkbox"/> Het gehele lichaam of meerdere plaatsen van het lichaam |
| <input type="checkbox"/> Een of meerdere vingers | <input type="checkbox"/> Anders  |
| <input type="checkbox"/> Hand                    |  |

m Wat was u aan het doen op het moment dat het ongeval gebeurde?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ik bevond me op of in een voertuig of transportwerktuig  | <input type="checkbox"/> Ik was aan het bewegen zonder daarbij machines, voertuigen, gereedschap of voorwerpen te gebruiken (bijv. lopen of rennen)                 |
| <input type="checkbox"/> Ik werkte met een machine (bijv. bedienen, starten, uitzetten, vullen, leeghalen of controleren)                   | <input type="checkbox"/> Ik stond of zat stil zonder daarbij machines, voertuigen, gereedschap of voorwerpen te gebruiken (bijv. op een stoel, ladder of verhoging) |
| <input type="checkbox"/> Ik werkte met handgereedschap (bijv. koken of schoonmaken)   | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:  |
| <input type="checkbox"/> Ik werkte met een voorwerp zonder handgereedschap (bijv. iets of iemand vastmaken, vastbinden, ophangen of gooien) | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>   |
| <input type="checkbox"/> Ik was met de hand iets of iemand aan het optillen, trekken, duwen of verplaatsen                                  |   |

n Hoe ontstond het letsel?

**Kruis alleen de belangrijkste oorzaak aan.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergens aan gesneden, gestoten                | <input type="checkbox"/> Uitglijden, struikelen of andere val                        |
| <input type="checkbox"/> Door een voorwerp geraakt                    | <input type="checkbox"/> Door iemand bedreigd, gebeten, geschopt                     |
| <input type="checkbox"/> Een beknelling                               | <input type="checkbox"/> Contact met stroom, hitte, kou, gevaarlijke stoffen, lawaai |
| <input type="checkbox"/> Val van hoogte (trap, ladder, steiger, e.d.) | <input type="checkbox"/> Anders  |

o Heeft u medische hulp gehad als gevolg van het ongeval?

**Meerdere antwoorden mogelijk.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, op het werk  | <input type="checkbox"/> Ja, in een ziekenhuis of andere kliniek, waar ik minstens één nacht verbleef |
| <input type="checkbox"/> Ja, op de (spoedeisende) eerstehulpafdeling van het ziekenhuis                 | <input type="checkbox"/> Ja, ergens anders  |
| <input type="checkbox"/> Ja, in een ziekenhuis of andere kliniek, maar hoefde niet een nacht te blijven | <input type="checkbox"/> Nee, geen medische hulp gehad  |

p Heeft u ná dit ongeval nog een ander ongeval gehad?

**Het gaat dan om een ongeval waarbij u 0, 1, 2 of 3 dagen heeft verzuimd.**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja                                       |
| <input type="checkbox"/> Nee → <b>Ga naar 8; Arbo-maatregelen</b> |

q De volgende vragen gaan over het meest recente ongeval dat u heeft gehad dat heeft geleid tot een verzuim van 0, 1, 2 of 3 dagen.

Hoeveel volledige dagen heeft u verzuimd als gevolg van dit ongeval?

Tel alle volledige dagen van begin tot eind van het verzuim: ook tussenliggende vrije dagen en weekenddagen.  
De dag van het ongeval telt niet mee.

- 0 dagen of minder dan 1 dag  
 1, 2 of 3 dagen

r Op welke datum vond dit ongeval plaats?

Als u het antwoord niet precies weet, wilt u dan schatten.

dag   maand     jaar

s Wat voor soort letsel of verwonding heeft u als gevolg van dit ongeval opgelopen?

Kruis bij meerdere letsels alleen het meest ernstige letsel aan.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Een open wond of oppervlakkige verwonding, zoals snij-, prik-, steek- of schaafwonden | <input type="checkbox"/> Letsel door lawaai, trillingen of verschillen in druk  |
| <input type="checkbox"/> Brandwonden of letsel door chemische verbranding                                      | <input type="checkbox"/> Letsel door te hoge of te lage temperaturen, bijvoorbeeld zonnesteek, bevriezing of onderkoeling |
| <input type="checkbox"/> Botbreuk(en)  | <input type="checkbox"/> Letsel door een elektrische schok  |
| <input type="checkbox"/> Het 'uit de kom' schieten van gewrichten of lichaamsdelen                             | <input type="checkbox"/> Letsel door straling   |
| <input type="checkbox"/> Verstuiking of verrekking van spieren, banden of lichaamsdelen                        | <input type="checkbox"/> In shock raken door een verwonding of letsel   |
| <input type="checkbox"/> Verlies van één of meerdere lichaamsdelen, ogen of oren                               | <input type="checkbox"/> In shock raken door een traumatische ervaring  |
| <input type="checkbox"/> Vergiftiging of infectie  | <input type="checkbox"/> Psychische schade  |
| <input type="checkbox"/> Een inwendige verwonding of hersenschudding   | <input type="checkbox"/> Meerdere even ernstige letsels   |
| <input type="checkbox"/> Letsel door een tijdelijk tekort aan lucht, verstikking                               | <input type="checkbox"/> Anders   |
| <input type="checkbox"/> Letsel door onderdompeling of ergens onder worden bedolven                            |   |

t Is er sprake van blijvend letsel?

- Ja  
 Nee  
 Nog niet bekend

u Hoe ontstond het letsel?

Kruis alleen de belangrijkste oorzaak aan.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergens aan gesneden, gestoten                | <input type="checkbox"/> Uitgliden, struikelen of andere val                         |
| <input type="checkbox"/> Door een voorwerp geraakt                    | <input type="checkbox"/> Door iemand bedreigd, gebeten, geschopt                     |
| <input type="checkbox"/> Een beknelling                               | <input type="checkbox"/> Contact met stroom, hitte, kou, gevaarlijke stoffen, lawaai |
| <input type="checkbox"/> Val van hoogte (trap, ladder, steiger, e.d.) | <input type="checkbox"/> Anders  |

v Heeft u medische hulp gehad als gevolg van het ongeval?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, op het werk  | <input type="checkbox"/> Ja, in een ziekenhuis of andere kliniek, waar ik minstens één nacht verbleef |
| <input type="checkbox"/> Ja, op de (spoedeisende) eerstehulpafdeling van het ziekenhuis                 | <input type="checkbox"/> Ja, ergens anders  |
| <input type="checkbox"/> Ja, in een ziekenhuis of andere kliniek, maar hoefde niet een nacht te blijven | <input type="checkbox"/> Nee, geen medische hulp gehad  |

## 8 Arbo-maatregelen

Vindt u het nodig dat uw bedrijf of instelling (aanvullende) maatregelen neemt ten aanzien van de volgende zaken:

	Niet nodig, want het speelt hier niet	Niet nodig, er zijn al voldoende maatregelen	Wel nodig, genomen maatregelen zijn onvoldoende	Wel nodig, er zijn nog geen maatregelen genomen
a1 Werkdruk, werkstress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2 Emotioneel zwaar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3 Langdurig beeldschermwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een beeldscherm kan bijvoorbeeld zijn een desktop, laptop, tablet of smartphone.				
a4 Lichamelijk zwaar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a5 Geluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a6 Intimidatie, agressie of geweld door klanten (of patiënten, leerlingen of passagiers, e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a7 Intimidatie, agressie of geweld door leidinggevende(n) of collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a8 Gevaarlijke stoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a9 Veiligheid, bedrijfsongevallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a10 Virussen, bacteriën, schimmels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9 Veilig en gezond werken

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken?

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
a1 Op mijn werk krijgen medewerkers informatie over hoe veilig en gezond te werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2 Op mijn werk houdt men zich aan de regels over veilig en gezond werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3 Mijn leidinggevende(n) doet er alles aan om onveilig en ongezond werk te voorkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a4 Ik spreek collega's er op aan als ze onveilig of ongezond werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a5 Ik krijg het te horen wanneer ik zelf onveilig of ongezond werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b Is er op uw werk iemand die u kunt aanspreken over onveilig of ongezond werk?

- Ja  
 Nee  
 Weet niet



# 10 Uw gezondheid

a Hoe is over het algemeen uw gezondheid?

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

Heeft u in de afgelopen 12 maanden last (pijn, ongemak) gehad van uw:

- b1 Nek
- b2 Schouders
- b3 Armen/ellebogen
- b4 Polsen/handen
- b5 Rug
- b6 Heupen/benen/knieën/voeten

	Nee, nooit	Een enkele keer, maar van korte duur	Een enkele keer, langdurig	Meerdere keren, maar steeds van korte duur	Meerdere keren, langdurig
b1 Nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b2 Schouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b3 Armen/ellebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b4 Polsen/handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b5 Rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b6 Heupen/benen/knieën/voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is?

- c1 Ik voel me emotioneel uitgeput door mijn werk
- c2 Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg
- c3 Ik voel me moe als ik 's morgens opsta en geconfronteerd word met mijn werk
- c4 Het vergt heel veel van mij om de hele dag met mensen te werken
- c5 Ik voel me compleet uitgeput door mijn werk

	Nooit	Enkele keren per jaar	Maandelijks	Enkele keren per maand	Elke week	Enkele keren per week	Elke dag
c1 Ik voel me emotioneel uitgeput door mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2 Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c3 Ik voel me moe als ik 's morgens opsta en geconfronteerd word met mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c4 Het vergt heel veel van mij om de hele dag met mensen te werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c5 Ik voel me compleet uitgeput door mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d Heeft uw werkgever u in de afgelopen 12 maanden in de gelegenheid gesteld mee te doen aan een preventief onderzoek naar uw gezondheid of uw vitaliteit?

- Nee
- Ja, maar ik heb daaraan niet meegedaan
- Ja, en ik heb daaraan meegedaan

e Zijn er volgens u (verdere) aanpassingen nodig in uw werkplek of uw werkzaamheden in verband met uw gezondheid?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nee                              | <input type="checkbox"/> Ja, in functie of takenpakket          |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hulpmiddelen of meubilair | <input type="checkbox"/> Ja, in opleiding of omscholing         |
| <input type="checkbox"/> Ja, in werktijden                | <input type="checkbox"/> Ja, in toegankelijkheid tot het gebouw |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hoeveelheid werk          | <input type="checkbox"/> Ja, andere aanpassingen                |

f Heeft u de mogelijkheid om een bedrijfsarts te raadplegen?

- Ja  
 Nee  
 Weet ik niet

g Heeft u ooit vanwege uw gezondheid contact gehad met een bedrijfsarts?

- Ja, in de afgelopen 12 maanden  
 Ja, langer dan een jaar geleden  
 Nee

## 11 Ziekteverzuim

Onder verzuim wordt verstaan: minder uren of dagen werken dan normaal vanwege ziekte, ongeval of een andere gezondheidsreden. Normaal zwangerschapsverlof wordt niet als ziekteverzuim opgevat.

a Heeft u de afgelopen 12 maanden wel eens verzuimd?

- Ja  
 Nee → Ga naar 12; De laatste keer dat u heeft verzuimd (eventueel langer dan een jaar geleden)

b Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden verzuimd?

keer

c Hoeveel werkdagen heeft u, alles bij elkaar, de afgelopen 12 maanden naar schatting verzuimd?

dagen

Tel alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken. Ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken tellen als verzuim.

## 12 De laatste keer dat u heeft verzuimd (eventueel langer dan een jaar geleden)

a Met wat voor soort klachten heeft u de laatste keer verzuimd?

Kruis alléén de belangrijkste klacht aan.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rugklachten                                    | <input type="checkbox"/> Klachten buik, maag of darmen  |
| <input type="checkbox"/> Klachten nek, schouders, armen, polsen, handen | <input type="checkbox"/> Huidklachten   |
| <input type="checkbox"/> Klachten heup, benen, knieën, voeten           | <input type="checkbox"/> Klachten oren of ogen  |
| <input type="checkbox"/> Klachten hart- en vaatstelsel                  | <input type="checkbox"/> Griep of verkoudheid   |
| <input type="checkbox"/> Psychische klachten, overspannenheid, burn-out | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn  |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid of concentratieproblemen          | <input type="checkbox"/> Klachten in verband met zwangerschap                                     |
| <input type="checkbox"/> Conflict op het werk                           | <input type="checkbox"/> Overige klachten   |
| <input type="checkbox"/> Klachten luchtwegen                            | <input type="checkbox"/> N.v.t., nog nooit verzuimd → Ga naar 13; Chronische ziekte of aandoening |

b Hoeveel werkdagen heeft u deze laatste keer verzuimd?

dagen

Tel alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken. Ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken tellen als verzuim.

c Heeft u de indruk dat deze klachten het gevolg waren van het werk dat u deed?

- Ja, hoofdzakelijk gevolg van mijn werk  
 Ja, voor een deel gevolg van mijn werk  
 Nee, geen gevolg van mijn werk → [Ga naar 13; Chronische ziekte of aandoening](#)  
 Weet niet → [Ga naar 13; Chronische ziekte of aandoening](#)

d Wat was naar uw mening de belangrijkste reden in het werk die (geheel of voor een deel) leidde tot het ontstaan van deze klachten?

Kruis alléén de belangrijkste reden aan.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Werkdruk, werkstress  | <input type="checkbox"/> Problemen met leiding, werkgever                                     |
| <input type="checkbox"/> Emotioneel te zwaar   | <input type="checkbox"/> Problemen met collega's of ondergeschikten                           |
| <input type="checkbox"/> Lichamelijk te zwaar  | <input type="checkbox"/> Problemen met klanten (of patiënten, leerlingen of passagiers, e.d.) |
| <input type="checkbox"/> Langdurig dezelfde handelingen verrichten, langdurig achter computer werken | <input type="checkbox"/> Gevaarlijk werk/bedrijfsongeval                                      |
| <input type="checkbox"/> Te moeilijk werk  | <input type="checkbox"/> Gevaarlijke stoffen  |
|  | <input type="checkbox"/> Iets anders  |

## 13 Chronische ziekte of aandoening

a Heeft u één of meer van de volgende langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps, en zo ja kunt u aangeven welke?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nee → <a href="#">Ga naar 14; Functioneren en inzetbaarheid</a> | <input type="checkbox"/> Suikerziekte                                   |
| <input type="checkbox"/> Problemen met armen of handen (ook artritis, reuma, RSI)        | <input type="checkbox"/> Ernstige huidziekten                           |
| <input type="checkbox"/> Problemen met benen of voeten (ook artritis, reuma)             | <input type="checkbox"/> Psychische klachten/aandoeningen               |
| <input type="checkbox"/> Problemen met rug en nek (ook artritis, reuma, RSI)             | <input type="checkbox"/> Gehoorproblemen                                |
| <input type="checkbox"/> Migraine of ernstige hoofdpijn                                  | <input type="checkbox"/> Epilepsie                                      |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekten  | <input type="checkbox"/> Levensbedreigende ziekten (bijv. kanker, aids) |
| <input type="checkbox"/> Astma, bronchitis, emfyseem                                     | <input type="checkbox"/> Problemen met zien                             |
| <input type="checkbox"/> Maag- of darmstoornissen  | <input type="checkbox"/> Anders   |

b Wordt u door uw ziekte, aandoening of handicap belemmerd bij het uitvoeren van uw werk?

- Niet belemmerd  
 Licht belemmerd  
 Sterk belemmerd

c Is uw ziekte, aandoening of handicap het gevolg van het werk dat u deed?

- Ja, hoofdzakelijk gevolg van mijn werk  
 Ja, voor een deel gevolg van mijn werk  
 Nee, geen gevolg van mijn werk  
 Weet niet

## 14 Functioneren en inzetbaarheid

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken:	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
a1 Ik kan gemakkelijk voldoen aan de <u>fysieke</u> eisen die mijn werk aan mij stelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2 Ik kan gemakkelijk voldoen aan de <u>psychische</u> eisen die mijn werk aan mij stelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3 Ik zou gemakkelijk een nieuwe baan/functie kunnen krijgen bij mijn <u>huidige</u> werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a4 Ik zou gemakkelijk een nieuwe baan/functie kunnen krijgen bij een <u>andere</u> werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a5 Ik zou bij mijn <u>huidige</u> werkgever blijven werken, ook als ik ergens anders hetzelfde werk voor hetzelfde salaris zou kunnen gaan doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15 Arbeidsvoorwaarden

Hoe belangrijk vindt u de volgende aspecten van een baan?	Niet belangrijk	Belangrijk	Heel belangrijk
a1 Interessant werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2 Mogelijkheid om te leren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3 Goede leidinggevend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a4 Goed salaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a5 Goede werkzekerheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a6 Mogelijkheid om in deeltijd te werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a7 Mogelijkheid om zelf uw werktijden te bepalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a8 Mogelijkheid om thuis te werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a9 Reistijd/afstand naar het werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a10 Een vast contract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a11 Het bestaan van vakbonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a12 Het bestaan van cao's (collectieve arbeidsovereenkomsten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a13 Het bestaan van personeelsvertegenwoordigingen (zoals ondernemingsraad (OR) of medezeggenschapsraad (MR))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoe tevreden bent u over deze aspecten in uw huidige baan?

- b1 Interessant werk
- b2 Mogelijkheid om te leren
- b3 Goede leidinggevenden
- b4 Goed salaris
- b5 Goede werkzekerheid
- b6 Mogelijkheid om in deeltijd te werken
- b7 Mogelijkheid om zelf uw werktijden te bepalen
- b8 Mogelijkheid om thuis te werken
- b9 Reistijd/afstand naar het werk
- b10 Uw dienstverband/contractvorm (vast, tijdelijk, uitzendkracht, e.d.)
- b11 Vertegenwoordiging van uw belangen door vakbonden
- b12 De cao (collectieve arbeidsovereenkomst) voor uw bedrijf
- b13 Vertegenwoordiging van uw belangen door personeels-  
vertegenwoordiging (zoals ondernemingsraad (OR) of mede-  
zeggenschapsraad (MR))

Niet tevreden                      Tevreden                      Heel tevreden

<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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- c Heeft uw bedrijf een OR (ondernemingsraad), MR (medezeggenschapsraad) of andere personeels-  
vertegenwoordiging?

Ja

Nee

Weet ik niet

## 16 Opleiding en ontwikkeling

- a1 Bent u in uw bedrijf de laatste 2 jaar van functie veranderd?
- a2 Is uw functie de laatste 2 jaar uitgebreid?
- a3 Heeft u in uw bedrijf de laatste 2 jaar promotie gemaakt?
- a4 Bent u in de laatste 2 jaar teruggegaan van een hogere functie naar een lagere?

Ja                      Nee

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b	Hoe sluiten uw kennis en vaardigheden aan bij uw huidige werk?	<input type="checkbox"/> Ik heb minder kennis en vaardigheden dan ik nodig heb voor mijn werk <input type="checkbox"/> Het sluit goed aan <input type="checkbox"/> Ik heb meer kennis en vaardigheden dan ik nodig heb voor mijn werk
c	Stimuleert uw leidinggevende de ontwikkeling van uw kennis en vaardigheden?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, in beperkte mate <input type="checkbox"/> Ja, in grote mate
d	Heeft u in <u>de afgelopen 2 jaar</u> een opleiding of cursus gevolgd voor uw werk?	<input type="checkbox"/> Nee → <a href="#">Ga naar 16f</a> <input type="checkbox"/> Ja
e	Wat was het belangrijkste doel van deze opleiding of cursus?	<input type="checkbox"/> Mijn huidige werk beter kunnen doen <input type="checkbox"/> Om kunnen gaan met toekomstige veranderingen in mijn huidige baan <input type="checkbox"/> Mijn kansen op werk in de toekomst vergroten
f	Heeft u op dit moment behoefte aan een opleiding of cursus? <a href="#">Meerdere antwoorden mogelijk.</a>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, om mijn huidige werk beter te kunnen doen <input type="checkbox"/> Ja, om toekomstige veranderingen in mijn huidige baan aan te kunnen <input type="checkbox"/> Ja, om mijn kansen op werk in de toekomst te vergroten

	Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de onderstaande uitspraken?	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
g1	Ik gebruik bepaalde kennis of vaardigheden niet vaak genoeg waardoor ik ze vergeet of verlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2	Ik mis 'nieuwe' kennis of vaardigheden die belangrijk zijn geworden door veranderingen in mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g3	Ik beschik over kennis of vaardigheden die ik door verandering van werkgever/bedrijf niet meer nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17 Werk en thuis

	Nee, nooit	Ja, een enkele keer	Ja, vaak	Ja, zeer vaak	
a1	Mist u of verwaarloost u familie- of gezinsactiviteiten door uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2	Mist u of verwaarloost u uw werkzaamheden door familie- en gezinsverantwoordelijkheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 18 Uw verdere loopbaan

	Ja	Nee
a1 Loopt u het risico om uw baan te verliezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a2 Maakt u zich zorgen over het behoud van uw baan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a3 Heeft u er <u>in het afgelopen jaar</u> over nagedacht om ander werk te zoeken dan het werk bij uw huidige werkgever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a4 Heeft u <u>in het afgelopen jaar</u> ook daadwerkelijk iets ondernomen om ander werk te vinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a5 Zou u, als het aan u lag, <u>over 5 jaar</u> nog bij dit bedrijf werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b Tot welke leeftijd wilt u doorgaan met werken?

Tot mijn   ste jaar  
 Weet ik niet

c Tot welke leeftijd denkt u – lichamelijk en geestelijk – in staat te zijn om uw huidige werk voort te zetten?

Tot mijn   ste jaar  
 Weet ik niet

**Let op:**  
 De volgende vragen (18d en 18e) alleen invullen als u 45 jaar of ouder bent.

d Onder welke omstandigheden zou u tot een hogere leeftijd willen doorwerken dan u nu wilt?

Meerdere antwoorden mogelijk.

<input type="checkbox"/> Lichter werk (fysiek en/of psychisch)	<input type="checkbox"/> Minder zorgtaken voor familie of andere naasten
<input type="checkbox"/> Minder uren of minder dagen per week werken	<input type="checkbox"/> Betere gezondheid
<input type="checkbox"/> Omscholing/bijtscholing	<input type="checkbox"/> Andere omstandigheden, namelijk: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Meer uitdaging of voldoening in het werk	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
<input type="checkbox"/> Als stoppen financieel onaantrekkelijker wordt	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing; ik wil hoe dan ook niet langer doorwerken
<input type="checkbox"/> Werkgever/collega's die ondersteunen dat ik langer doorwerk	
<input type="checkbox"/> Familie/vrienden die ondersteunen dat ik langer doorwerk	

e Onder welke omstandigheden zou u in staat zijn om tot een hogere leeftijd door te werken dan u nu verwacht te kunnen?

Meerdere antwoorden mogelijk.

<input type="checkbox"/> Lichter werk (fysiek en/of psychisch)	<input type="checkbox"/> Betere gezondheid
<input type="checkbox"/> Minder uren of minder dagen per week werken	<input type="checkbox"/> Andere omstandigheden, namelijk: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Omscholing/bijtscholing	<input type="checkbox"/> Weet ik niet
<input type="checkbox"/> Werkgever/collega's die ondersteunen dat ik langer doorwerk	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing; ik ben hoe dan ook in staat tot langer doorwerken
<input type="checkbox"/> Minder zorgtaken voor familie of andere naasten	

## 19 Tevredenheid

a In hoeverre bent u, alles bij elkaar genomen, tevreden met uw arbeidsomstandigheden?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet ontevreden/niet tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

b In hoeverre bent u, alles bij elkaar genomen, tevreden met uw werk?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Niet ontevreden/niet tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

## 20 Werving en afsluiting

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking.  
Indien u nog opmerkingen heeft over de vragenlijst, kunt u die hier invullen.

---

---

---

Dit onderzoek is uitgevoerd door CBS en TNO.

De mogelijkheid bestaat dat CBS of TNO u in de toekomst nog eens wil benaderen voor een vergelijkbaar onderzoek. Zou u dat goed vinden?

- Ja
- Nee

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**