

Takk for frammøtet til undersøkelsen!

Vi vil også be deg fylle ut dette spørreskjemaet. Opplysningene vil bli brukt i større forskningsarbeider om forebyggende helsearbeid. Noen av spørsmålene likner på spørsmål du har svart på i det skjemaet du fylte ut heime og leverte ved frammøte til helseundersøkelsen. Det er likevel viktig at du svarer på alle spørsmålene også i dette skjemaet. Det utfylte skjemaet returneres i vedlagte svarkonvolutt. Porto er betalt.

Alle opplysningene er underlagt streng taushetsplikt.

Vennlig hilsen

Helsetjenesten i Nord-Trøndelag

Statens Institutt for Folkehelse Statens helseundersøkelser

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss her og returner skjemaet. Da slipper du purring  
Jeg ønsker ikke å besvare skjemaet

### UTFYLNING

Dato for utfylling av skjema:  /  19

### OPPVEKST

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi land i stedet for kommune

24

### BOLIG

Hvilken type bolig bor du i? Bare ett kryss

- Enebolig/villa..... 25  1  
 Gårdsbruk.....  2  
 Blokk/terrasseleilighet.....  3  
 Rekkehus/2-4 mannsbolig.....  4  
 Trygdebolig/aldersbolig/servicebolig.....  5  
 Sykeheim/aldersheim.....  6  
 Annen bolig.....  7

Hvor stor er din boenhet?..... 26  kvm

- Er det heldekkende tepper i stua?..... 29  Ja  Nei  
 Er det heldekkende tepper på ditt soverom?.....    
 Er det katt i boligen?..... 31    
 Er det hund i boligen?.....    
 Er det andre pelskleddede dyr eller fugler i boligen?

Hvem bor du sammen med? Ett eller flere kryss

- Ektefelle/samboer..... 34  Søster/bror..... 37   
 Barn/svigerbarn.....  Annen familie/slekt.....   
 Bor alene..... 36  Andre..... 39

### SYKDOM I FAMILIEN

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene. Kryss av for "ingen" hvis ingen av slektningene har hatt denne sykdommen. Evt. flere kryss på hver linje

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen
Hjerneslag eller hjerneblødning..... 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder..... 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma..... 52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi..... 58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom..... 64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk..... 70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager..... 76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (benskjørhet)..... 82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke)..... 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alder da de fikk diabetes..... 94	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	

Har du selv høysnue eller neseallergi?..... 104  Ja  Nei

### SIVILSTAND

Hva er din sivilstand? 105

- Gift.....  1 Enke.....  3  
 Skilt/separert.....  2 Har aldri vært gift.....  4

### BRUK AV HELSETJENESTER

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos:

- Ett kryss på hver linje Ja Nei  
 allmennpraktiserende lege (kommunelege, privatpraktiserende lege, turnuskandidat).....106    
 lege ved sykehus (uten at du var innlagt).....    
 annen lege.....    
 fysioterapeut.....    
 kiropraktor.....    
 homøopat.....111    
 annen behandler (naturmedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk", e.l.).....

### SYKEHUS

Har du vært innlagt i sykehus de siste 5 åra?.....113  Ja  Nei

Hvis «Ja»: Svar ut fra siste gang du var innlagt

Synes du at du ble utskrevet for tidlig, i passe tid eller for seint? 114

- For tidlig.....   
 I passe tid.....   
 For seint.....

Hvor ble du utskrevet til? 115

- Heim.....   
 Kuropphold.....   
 Sykeheim.....

Fikk du tilstrekkelig hjelp og oppfølging etter utskrivningen?..... 116

- Ja  Nei

### HEIMEHJELP

Har du heimehjelp?

- Privat..... 117  Ja  Nei  
 Kommunal..... 118

Dersom du har KOMMUNAL heimehjelp: Har du nok kommunal heimehjelp, eller trenger du mer? 119

- Ja, jeg har nok.....   
 Nei, jeg trenger mer.....

I tilfelle du IKKE har kommunal heimehjelp:

- Trenger du kommunal heimehjelp?..... 120  Ja  Nei

## HEIMESYKEPLEIE

Har du heimesykepleie? ..... 121  Ja  Nei

Hvis «Ja»:

Har du nok heimesykepleie, eller trenger du mer?  
 Ja, jeg har nok .....   
 Nei, jeg trenger mer .....

## SYKEHEIM

Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 månedene? 123

Nei .....   
 Ja, jeg har vært der en periode .....   
 Ja, jeg bor der fast .....

Hvis «Nei», kan du hoppe over de neste to spørsmålene

Hvis «Ja»:

Hvor var du FØR du ble innlagt på sykeheimen siste gang? 124

Bodde i egen heim .....   
 Var innlagt i sykehus .....   
 Var annet sted .....

Hvis du har vært på sykeheimen EN PERIODE i løpet av de siste 12 mndr.:

Bodde du på sykeheimen passe lenge? 125

Det var for kort tid .....   
 Passe tid .....   
 Det var for lang tid .....

## KOMMUNAL HJELP ALT I ALT

Hvordan er du alt i alt fornøyd med hjelpa du får fra kommunen? 126

Meget fornøyd .....  1  
 Nokså fornøyd .....  2  
 Nokså misfornøyd ..  3  
 Meget misfornøyd ..  4

Jeg får ingen hjelp, men burde ha hatt det ....  5  
 Jeg får ingen hjelp, og trenger det ikke .....  6

## KOSTHOLD

Hvor mange måltider spiser du vanligvis daglig (middag og brødmåltid)? .....127

Antall

Hvor mange dager i uka spiser du varm middag?

Hva slags type brød (kjøpt eller hjemmebakt) spiser du vanligvis? Inntil to kryss

Brødtypen ligner mest på .....129	<input type="checkbox"/>	Loff	<input type="checkbox"/>	Fint brød	<input type="checkbox"/>	Kneipp-brød	<input type="checkbox"/>	Grov-brød	<input type="checkbox"/>	Knekke-brød	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Hva slags fett blir vanligvis brukt i din husholdning?

Ett kryss for matlaging og ett kryss for brød		Til matlaging	På brød
Bruker ikke smør eller margarin ..... 134	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 135
Meierismør ..... 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Hard margarin ..... 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Bløt (soft) margarin ..... 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Smør/margarin blanding ..... 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Lettmargarin ..... 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Oljer ..... 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

Hvor mange glass melk (alle sorter, også drikkeyoghurt) drikker du vanligvis daglig? Bare ett kryss 136

Ingen .....  1  
 Mindre enn ett .....  2  
 1-2 glass .....  3  
 3 eller mer .....  4

Hvor mange brødskeer med kvitost spiser du vanligvis daglig? Bare ett kryss 137

Ingen .....  1  
 Mindre enn en .....  2  
 1-2 skiver .....  3  
 3 eller mer .....  4

## HVILE OG AVSLAPPING

Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i liggende stilling i løpet av et døgn? (nattesøvn, middagshvil) .....138

Antall timer

Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i sittende stilling i løpet av et døgn? (arbeid, måltider, TV, bil etc.) .....140

Antall timer

Har du i løpet av siste måned hatt innsøvningsproblemer? Bare ett kryss 142

Nesten hver natt .....  1  
 Ofte .....  2  
 Av og til .....  3  
 Aldri .....  4

Har du i løpet av siste måned våknet for tidlig og ikke fått sove igjen? Bare ett kryss 143

Nesten hver natt .....  1  
 Ofte .....  2  
 Av og til .....  3  
 Aldri .....  4

## MEDISINBRUK

Har du i deler av de siste 12 måneder brukt noen medisiner daglig eller nesten daglig? ..... 144  Ja  Nei

Hvis «Ja»:

Angi hvor mange måneder du brukte følgende medisiner: Sett 0 hvis du ikke har brukt medisinerne

smertestillende .....145	Antall mndr.		hjerteremedisin (ikke blodtrykksmedisin)	Antall mndr.	
sovemedisin .....147			annen medisin.....		
beroligende medisin			Kosttilskudd:		
medisin mot depresjon			jernetabletter .....161		
allergimedisin .....153			vitamin D-tilskudd		
astmamedisin .....155			andre vitamintilskudd		
			tran/fiskeoljer .....167		

Hvor ofte har du brukt avslappende/beroligende medisin eller sovemedisin den siste måneden? 169

Daglig .....  1  
 Hver uke, men ikke hver dag  2  
 Sjeldnere enn hver uke  3  
 Aldri.....  4

## VENNER

Hvor mange gode venner har du?

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det ..... 170  
 Tell ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger

Antall

Føler du at du har mange nok gode venner? .... 172  Ja  Nei

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. sykkklubb, eldrecenter, pensjonistforening, politiske lag, religiøse eller andre foreninger? Bare ett kryss 173

- Aldri, eller noen få ganger i året .....  1 Omtrent en gang i uka ...  3  
 1-2 ganger i måneden ...  2 Mer enn en gang i uka ...  4

## HUMØR OG TRIVSEL

Ett kryss på hver linje

Angi hvordan du har følt deg den siste måneden:

	Aldri	Noen ganger	Ganske ofte	For det meste
i godt humør .....174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i dårlig humør .....175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du rask til å oppfatte et humoristisk poeng? 176

	Svært treg	Ganske treg	Ganske rask	Svært rask
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du enig i at det er noe ansvarsløst over folk som stadig prøver å være morsomme? 177

- Nei, slett ikke .....  1 Ganske enig .....  3  
 I noen grad .....  2 Ja, absolutt .....  4

Er du en munter person? 178

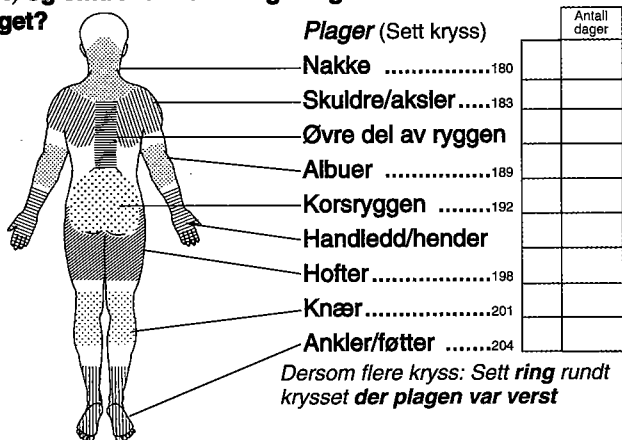
- Nei, slett ikke .....  1 Ganske munter .....  3  
 I noen grad .....  2 Ja, absolutt .....  4

## MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

Har du hatt plager (smerter, verk, ubehag) i muskler og/eller ledd i den siste måneden? ..... 179  Ja  Nei

Hvis «Nei»: Gå til HODEPINE

Hvis «Ja»: Hvor har du hatt disse plagene (ett eller flere kryss) og omtrent hvor mange dager tilsammen var du plaget?



Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter den siste måneden? ..... 207  Ja  Nei

## HODEPINE

Har du vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 måneder? 208

Antall anfall siste 12 mndr. 209

Ja, anfallsvis (migrene)..... 1

Ja, annen slags hodepine.. 2

Nei ..... 3

Hvis «Nei»: Gå til URINLEKKASJE

Omtrent hvor mange dager pr. måned har du hodepine?

Mindre enn 7 dager  1 7 til 14 dager  2 Mer enn 14 d.  3

Hvor lenge varer hodepinen vanligvis hver gang? 212

Mindre enn 4 timer  1 4 timer-3 døgn  2 Mer enn 3 døgn  3

Hvor ofte er hodepinen preget av eller ledsaget av:

Ett kryss på hver linje

	Sjelden eller aldri	Av og til	Ofte
bankende/dunkende smerte .....213	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pressende smerte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halvsidighet, alltid samme side .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halvsidighet, vekselvis h. og v. side .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smerter i «hele hodet» .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kvalme .....218	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lys- og/eller lydskyhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
forverring ved fysisk aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
synsforstyrrelser før hodepine .....221	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange tabletter/stikkpiller har du eventuelt brukt av disse medisinene alt i alt i løpet av den siste måneden?

Skriv 0 hvis du ikke har brukt medisinen.

Cafergot  222 Anervan  224 Imigran  226

## URINLEKKASJE

Har du lekkasje av urin (uansett mengde) minst to ganger per måned? ..... 228  Ja  Nei

Hvis «Nei»: Gå til MENSTRUASJON OG OVERGANG...

Hvor ofte har du urinlekkasje? 229

- noen få ganger per måned .....
- en eller flere ganger per uke .....
- hver dag og/eller natt .....

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang? 230

- dråper eller lite .....
- små skvetter eller mer .....

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing eller latter .....231  Ja  Nei

løft .....

Hender det at du har lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang? 233  Ja  Nei

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine? Bare ett kryss

- ikke noe problem .....
- en liten plage .....
- en del plaget .....
- mye plaget .....
- svært stort problem .....

Har du søkt lege pga. urinlekkasje? ..... 235  Ja  Nei

## MENSTRUASJON OG OVERGANGSALDER

Hvor gammel var du da menstruasjonen sluttet?  år

## HORMONBEHANDLING

Utenom p-piller

Har du noen gang brukt medisiner som inneholder østrogen? Vanlige navn på slike medisiner er: Cyclabil, Estraderm, Kilogest, Ovesterin, Prodynova, Trisekvens.

	Nå	Før	Aldri
Tabletter eller plaster .....238	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krem eller stikkpiller .....239	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja»: Hvor gammel var du første gang du fikk østrogenmedisin, og omtrent hvor mange år brukte du slik medisin?

	Din alder	Antall år
Tabletter eller plaster .....240	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krem eller stikkpiller .....244	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvis du bruker østrogenmedisin nå, hvilket merke bruker du? 248

## OPERASJONER I UNDERLIVET

Har du fått fjernet begge eggstokkene (totalt)? ..... 249  Ja  Nei  Vet ikke

Hvis du har fjernet begge eggstokkene, hvor gammel var du da? ..... 250  år

Har du fått fjernet hele livmoren? ..... 252  Ja  Nei  Vet ikke

Hvis du har fjernet hele livmoren, hvor gammel var du da? ..... 253  år

## GRAVIDITETER, FØDSLER OG AMMING

Hvor mange ganger har du vært gravid totalt? Regn med alle svangerskap, spontane eller selvbestemte aborter, så vel som fødsler (også dødfødsler). 255  ganger

Hvor mange barn har du født? ..... 257  barn

Fyll ut for hvert barn (de første 6) opplysninger om fødselsår og omtrent antall måneder du ammet hvert barn og antall måneder menstruasjonen din var borte etter fødselen (fyller ut også for dødfødsle eller for barn som er døde senere i livet).

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming	Antall blødningsfrie måneder
1	258 <input type="text"/> 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	264 <input type="text"/> 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	270 <input type="text"/> 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	276 <input type="text"/> 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	282 <input type="text"/> 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	288 <input type="text"/> 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## HVORDAN DU SER PÅ DEG SELV

Folk ser på seg selv på ulike måter. Kryss av for hvert utsagn hvor enig eller uenig du er. Ett kryss på hver linje

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv ..... 294	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider ..... 295	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av ..... 296	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre ..... 297	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes du at du har funnet et virkelig betydningsfullt innhold i livet ditt? ..... 298	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du at du lever fullt ut? ..... 299	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HVORDAN DU FØLER DEG NA

Sett kryss i den ruta utenfor det svaret som best beskriver dine følelser den siste uka. Bare ett kryss

Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten? 300

Meget sterk og opplagt ..... 1	Ganske trøtt og sliten ..... 5
Sterk og opplagt ..... 2	Trøtt og sliten ..... 6
Ganske sterk og opplagt ..... 3	Svært trøtt og sliten ... 7
Både – og ..... 4	

Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg? 301

Nesten hele tida ..... 1	Av og til ..... 3
Ofte ..... 2	Aldri ..... 4

## Er du vanligvis glad eller nedstemt? 302

Svært nedstemt ..... 1	Nokså glad ..... 5
Nedstemt ..... 2	Glad ..... 6
Nokså nedstemt ..... 3	Svært glad ..... 7
Både – og ..... 4	

## LEGEMLIGE FUNKSJONER

Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:

Ett kryss på hver linje	Ja	Med noe hjelp	Nei
Gå innendørs i samme etasje ..... 303	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på toalettet ..... 304	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske deg på kroppen ..... 305	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bade eller dusje ..... 306	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kle på og av deg ..... 307	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legge deg og stå opp ..... 308	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise selv ..... 309	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har hatt hjelp til noe av dette, omtrent hvor lenge har du hatt hjelp? Bare ett kryss 310

Under 3 måneder ..... 1	1 – 5 år ..... 4
3 – 6 måneder ..... 2	Mer enn 5 år ..... 5
1/2 – 1 år ..... 3	

Hvis du trenger hjelp til ett eller flere av disse gjøremålene, hvem er det som for det meste hjelper deg?

Bare ett kryss

Ektefelle/samboer ..... 1	Annen familie/slekt .... 4
Barn/svigerbarn ..... 2	Andre ..... 5
Søster/bror ..... 3	

## DAGLIGE OPPGAVER

Klarer du selv disse gjøremålene i det daglige uten hjelp fra andre? Ett kryss på hver linje

	Ja	Med noe hjelp	Nei
Lage varm mat ..... 312	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask) ..... 313	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvaske) ..... 314	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske klær ..... 315	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betale regninger ..... 316	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta medisiner ..... 317	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme deg ut ..... 318	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre innkjøp ..... 319	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta bussen ..... 320	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du trenger hjelp til ett eller flere av disse gjøremålene, omtrent hvor lenge har du hatt hjelp?

Bare ett kryss 321

Under 3 måneder ..... 1	1 – 5 år ..... 4
3 – 6 måneder ..... 2	Mer enn 5 år ..... 5
1/2 – 1 år ..... 3	

Hvis du trenger hjelp til ett eller flere av disse gjøremålene, hvem er det som for det meste hjelper deg?

Bare ett kryss 322

Ektefelle/samboer ..... 1	Annen familie/slekt .... 4
Barn/svigerbarn ..... 2	Andre ..... 5
Søster/bror ..... 3	

*Legg det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolutten og postlegg den så snart som mulig!  
Porto er betalt.  
Hjertelig takk for hjelpa!*