

Dato for utfylling:

T7. Legetjenester (fortsettelse)

7.13 Har du vært hos tannlege etter at du kom til Norge? (Sett bare ett kryss)

Ja, for regelmessig vedlikehold 1
 Ja, for akutt smerte/tannverk..... 2
 Nei 3

7.14 Har du fått den informasjon du trenger om prevensjon mot svangerskap? (Sett bare ett kryss)

Ja, av helsepersonell..... 1
 Ja, av andre..... 2
 Nei 3
 Ikke aktuelt 4

7.15 Hvis du har vært på besøk i ditt gamle hjemland, tok du da vaksiner eller medisin mot ulike sykdommer, f.eks. malaria? (Sett bare ett kryss)

Ikke vært i hjemlandet..... 1
 Ja, tatt vaksine/medisin 2
 Nei, ikke tatt vaksine/medisin 3

Hvis «NEI» på pkt. 7.15:

7.16 Hvorfor tok du ikke slik vaksine/medisin?

Behøvde ikke
 Visste ikke hvor jeg skulle henvende meg
 Brydde meg ikke om det

T8. INNVANDRER I NORGE

8.1 På hvilket grunnlag kom du til Norge? (Sett bare ett kryss)

| | | | |
|---|--|---|---|
| Arbeid <input type="checkbox"/> 1 | Ekteskap med norsk <input type="checkbox"/> 2 | Familiegjenforening <input type="checkbox"/> 3 | Flyktning <input type="checkbox"/> 4 |
| Har norske foreldre <input type="checkbox"/> 5 | Opphold på humanitært grunnlag <input type="checkbox"/> 6 | Er født i Norge <input type="checkbox"/> 7 | Annet <input type="checkbox"/> 8 |

Hvis «ANNET», oppgi grunnlag:

8.2 Når flyttet/kom du til Norge?

Årstall Er født i Norge

8.3 Hvor gode vil du si at dine norskkunnskaper er? (Sett bare ett kryss)

Svært Gode Middels Litt dårlig Dårlig
 1 2 3 4 5

8.4 Hvor ofte har du i løpet av det siste året? (Sett ett kryss for hver linje)

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Daglig | Ukentlig | Sjeldnere | Aldri |
| Lest avis på eget språk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lest norsk avis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatt besøk av en nordmann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fått hjelp/støtte fra en nordmann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deltatt i møter arrangert av egne landsmenn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

T8. INNVANDRER I NORGE (fortsettelse)

8.5 Har du her i landet opplevd å bli nektet å leie eller kjøpe bolig på grunn av din innvandrerbakgrunn? (Sett bare ett kryss)

Ja, helt sikkert 1
 Ja, jeg har mistanke om det..... 2
 Nei 3
 Vet ikke 4

8.6 Har du her i landet i løpet av de siste 5 årene opplevd å få nei til en jobb du søkte på grunn av din innvandrerbakgrunn? (Sett bare ett kryss)

Ja, helt sikkert 1
 Ja, jeg har mistanke om det..... 2
 Nei 3
 Vet ikke 4

8.7 Hvis du er flyttet til Norge, har du forandret ditt forbruk av disse matvarene siden du kom til Norge? (Sett ett kryss for hver linje)

| | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Bruker mer | Bruker mindre | Samme som i fødelandet |
| Melk/yoghurt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Smør..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Margarin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Olje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjøtt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grønnsaker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frukt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

T9. BESVARES BARE AV KVINNER

9.1 Har du noen gang vært plaget av bekkensmerter/bekkenløsning?

Nei Ja, en gang Ja, flere ganger
 1 2 3

Hvis «JA»:

Oppsto bekkensmertene i forbindelse med svangerskap? JA NEI

9.2 Hvis du har født, fyll ut hvert barns fødselsår, hvor mange måneder du ammet og hvor mange måneder du var plaget av bekkensmerter etter fødselen. (Hvis du ikke hadde bekkensmerter etter fødselen, skriv 0. Hvis du ikke ammet, skriv 0)

| Barn: | Fødselsår: | Antall mnd med amming | Antall måneder plaget av bekkensmerter etter fødsel |
|---------|---|---|---|
| 1. Barn | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Barn | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Barn | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Barn | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Barn | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Barn | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

(Hvis flere barn, bruk ekstra ark)

T1. SKOLEGANG/STUDIER OG ARBEID

1.1 Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført? (Sett bare ett kryss)

Mindre enn 7 år grunnskole 0
 Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole 1
 Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole..... 2
 Artium, økonomisk gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole 3
 Høgskole/universitet, mindre enn 4 år 4
 Høgskole/universitet, 4 år eller mer 5

1.2 Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter?

JA NEI

1.3 Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive ditt arbeid? (Sett bare ett kryss)

For det meste stillesittende arbeid? (f.eks. skrivebordsarbeid, montering) 1
 Arbeid som krever at du går mye? (f.eks. ekspeditørarb., lett industriarb., undervisning) 2
 Arbeid hvor du går og løfter mye? (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid) 3
 Tungt kroppsarbeid? (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.) 4

1.4 Kan du selv bestemme hvordan arbeidet ditt skal legges opp? (Sett bare ett kryss)

Nei, ikke i det hele tatt..... 1
 I liten grad..... 2
 Ja, stort sett..... 3
 Ja, det bestemmer jeg selv 4

T2. LOKALMILJØ / NETTVERK OG BOLIG

2.1 Føler du at du har nok gode venner? JA NEI

2.2 Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. syklubb, idrettslag, politiske lag eller andre foreninger? (Sett bare ett kryss)

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

Ikke skriv her:

2.3 (livssyn)
 2.6 (Kommune/Land)
 2.7 (far født)
 (mor født)
 7.10 (hjelp)
 8.1 (grunnlag)

T2. Lokalmiljø/nettverk og bolig (fortsettelse)

2.3 Hvilken religion tilhører du?

Hinduisme 1 Buddisme 2 Muhammedanisme (Islam) 3 Katolisisme 4
 Statskirken 5 Annet (livssyn/trossamfunn) 6 Ingen 7

Oppgi hva «ANNET» er: _____

2.4 Hvor ofte er du vanligvis tilstede ved gudstjenester i kirken eller på andre møter innen ditt trossamfunn? (Hvis ikke aktuelt, sett 0)

Antall pr. mnd.

2.5 Finner du ofte styrke og trøst i din tro?

Ofte Av og til Sjelden Aldri Ikke aktuelt
 1 2 3 4 5

2.6 I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

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

2.7 Hvor er dine foreldre født?

Norge Annet land Hvilket land:

Far: Norge Annet land Far: _____
 Mor: Norge Annet land Mor: _____

2.8 Hvilken type bolig bor du i? (Sett bare ett kryss)

Enebolig/villa 1
 Gårdsbruk..... 2
 Blokk/terrasseleilighet..... 3
 Rekkehus/ 2-4 mannsbolig..... 4
 Annen bolig 5

2.9 Hvor stor er din boenhet? ca. kvm (brutto)

2.10 Er det heldekkende tepper i stua? JA NEI

2.11 Er det katt i boligen? JA NEI

2.11 Er du plaget av: (Sett ett kryss for hver linje)

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ikke plaget | En del plaget | Sterkt plaget |
| Fukt, trekk eller kulde i din bolig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre former for dårlig inneluft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trafikkstøy (biltrafikk, trikk, tog eller fly) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen støy (bedrift, byggeplass e.l.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nabostøy..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dårlig drikkevann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftforurensning fra trafikk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftforurensning fra ved-, oljefyring, fabrikk e.l. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

T3. VANER

3.1 Røyker du av og til?

- Nei, røyker daglig Nei, røyker ikke
 Ja, sigaretter Ja, pipe Ja, sigar/sigarillos

3.2 Har du i en eller flere perioder de siste 5 årene drukket så mye alkohol at det har hemmet deg i yrkeslivet eller sosialt?

- Ja, i yrkeslivet 1 Ja, sosialt 2 Ja, både i yrkeslivet og sosialt 3 Nei, aldri 4

3.3 Har noen av forholdene nedenfor begrenset dine muligheter til å kjøpe den mat du foretrekker? (Sett ett kryss for hver linje)

- | | Meget stor grad | Ganske stor grad | Ganske liten grad | Meget liten grad |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Dårlig tilgjengelighet.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dårlig kvalitet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| For høy pris..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

3.4 Bruker du den nye «Ekstra lett» lettmelken (med vitamin D)?

- Ja 1 Nei/driker ikke melk 2

Hvis «JA»: Bruker du denne? (Sett ett eller flere kryss)

- I stedet for helmelk I stedet for lettmelk I stedet for skummet melk Annet

T4. SYKDOM I FAMILIEN

4.1 Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene: (Sett ett kryss for hver linje)

- | | Mor | Far | Bror | Søster | Barn | Ingen av disse |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Hjerneslag eller hjerneblødning | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteinfarkt før 60 års alder.... | <input type="checkbox"/> |
| Astma..... | <input type="checkbox"/> |
| Kreftsykdom..... | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (sukkersyke)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

4.2 Hvis noen slektninger har diabetes, i hvilken alder fikk de diabetes:

- Vet ikke, ikke aktuelt Mors alder Fars alder Brors alder Søsters alder Barns alder

4.3 Har du/dere omsorg for gamle, kronisk syke eller funksjonshemmede familiemedlemmer?

Hvis «NEI»; hopp til pkt. 5.1

4.4 Har du/din familie mulighet for hjemmehjelp eller hjemmesykepleie i den utstrekning dere ønsker det?

T5. EGEN HELSE

5.1 Har du noen gang hatt:

Sett ett kryss for hvert spørsmål. Oppgi også alderen ved hendelsen. Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du første gang.

- | | JA | NEI | Alder første gang |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nakkesleng (whiplash)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alvorlig skade som førte til sykehusinnleggelse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migrene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

T5. Egen helse (fortsettelse)

5.2 Har du de siste to ukene følt deg:

- | | Nei | Litt | En god del | Svært mye |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nervøs og urolig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plaget av angst?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trygg og rolig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabel?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glad og optimistisk?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedfor/deprimert?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensom?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

5.3 Hoster du omtrent daglig i perioder av året?.....

- JA NEI

Hvis «NEI», hopp til pkt. 5.6

5.4 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?.....

- JA NEI

5.5 Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år?.....

- JA NEI

5.6 Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende?.....

- JA NEI

Hvis «NEI», hopp til pkt. 5.11

5.7 Hvor lenge har plagene vart totalt? ca år og mnd

5.8 Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året? (Gjelder også hjemmearbeidende. Sett bare ett kryss)

- | | Nei/ubetydelig | I noen grad | I betydelig grad | Vet ikke |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | |

5.9 Har du vært sykmeldt pga. disse plagene det siste året?.....

- JA NEI Ikke i arbeid

5.10 Har plagene ført til redusert aktivitet i fritida?.....

- JA NEI

5.11 Har du endret din vekt i løpet av de siste 5 år?

- | | Nei, ubetydelig | Litt opp | Mye opp | Litt ned | Mye ned | Mye opp og ned |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | |

5.12 Hvor ofte er du plaget av søvnløshet? (Sett bare ett kryss)

- | | | |
|--|----------------------------|--|
| Aldri eller noen få ganger i året..... | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 1-3 ganger i måneden..... | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Omtrent 1 gang i uken..... | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Mer enn en gang i uken..... | <input type="checkbox"/> 4 | |

5.13 Har du det siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?.....

- JA NEI

5.14 I hvilken grad pleier følgende å endre seg med årstidene? (Enten opp eller ned, til det bedre eller til det verre) (Sett ett kryss for hver linje)

- | | Ingen endring | Liten endring | Moderat endring | Stor endring | Svært stor endring |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Søvnlangde..... | <input type="checkbox"/> |
| Sosiale aktiviteter..... | <input type="checkbox"/> |
| Humør/stemning..... | <input type="checkbox"/> |
| Vekt..... | <input type="checkbox"/> |
| Matlyst..... | <input type="checkbox"/> |
| Tiltaksløst, energi..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

T5. Egen helse (fortsettelse)

5.15 Hvis en eller flere av de foran nevnte tilstandene varierer med årstidene, hvilken tid på året føler du deg dårligst? (Kryss av for en eller flere måneder)

- | | Januar | Februar | Mars | April | Mai | Juni |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| | Juli | August | September | Oktober | November | Desember |
| <input type="checkbox"/> |

5.16 Dersom noen av de tingene som er nevnt i spørsmålene ovenfor varierer med årstidene, i hvilken grad føler du at dette er et problem for deg? (Sett bare ett kryss)

- | | Intet problem | Av lett grad | Moderat | Markert | Alvorlig | Helt invalidiserende |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | |

T6. LIVSHENDELSER OG PROBLEMER

6.1 Har du opplevet noen av de følgende livshendelser eller problemer i løpet av de siste seks månedene? (Sett ett kryss for hver linje)

- | | JA | NEI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Du har selv vært utsatt for alvorlig sykdom, skade eller overfall..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En av dine nærmeste har vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Din mor eller far, din ektefelle/samboer eller barn er avgått ved døden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En nær familievenn eller annen slektning (tante, kusine, besteforeldre) er avgått ved døden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du er separert/skilt grunnet vanskeligheter i ekteskapet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du har brutt et langvarig forhold..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du har hatt et alvorlig problem (f.eks uoverensstemmelse) med en nær venn, nabo, slektning eller partner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du er blitt arbeidsledig eller søkt forgyves etter ny jobb i mer enn en måned..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du er blitt avskjediget fra din jobb..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du har hatt alvorlige økonomiske problemer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du har hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Noe du satte stor pris på er mistet eller stjålet.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6.2 Har du noen gang opplevd krig på nært hold?.....

- JA NEI Ikke aktuelt

- Du har hatt problemer med å få barnepass..... JA NEI Ikke aktuelt
- Du har hatt problemer med barna dine (oppdragelse, skole, disiplin).....

- Du bor sammen med noen som har alkoholproblemer.....

6.3 Har du noen gang opplevd krig på nært hold?.....

- Hvis «JA»; Ble du i så fall skadet?.....

6.3 Har du vært fengslet eller internert av politiske årsaker?.....

-

6.4 Har du vært torturert? (systematisk mishandling fysisk og/eller psykisk).....

-

6.5 Har du fortsatt plagsomme minner om skader, fengsling og/eller tortur?.....

-

6.6 Har du fortsatt drømmer med mareritt om dette?.....

-

6.7 Har du fortsatt kroppslige skader fra det som skjedde?.....

-

6.8 Har du i løpet av de siste tre månedene søkt lege på grunn av vonde eller vanskelige følelser, tanker eller handlinger?.....

-

T7. LEGETJENESTER

7.1 Hvor mange forskjellige leger utenom sykehus/poliiklinikk har du vært behandlet av de siste 12 mnd? Antall leger

Hvis du ikke har vært hos lege, skriv 0.

7.2 Hvilken type lege (utenom sykehus/poliiklinikk) var du hos sist?

- Allmennlege 1 Spesialist 2

7.3 Hvor tilfreds var du med ditt siste legebesøk (utenom sykehus/poliiklinikk)? (Sett bare ett kryss)

- Svært fornøyd 1 Middels fornøyd 2 Ikke fornøyd 3

7.4 Hva betalte du sist du var hos lege?

- Allmennlege Spesialist utenfor sykehus

Mindre enn 200 kr.....

200 - 500 kr.....

Mer enn 500 kr.....

7.5 Hadde du frikort i fjor?.....

- JA NEI

7.6 Har du noe av følgende: (Sett ett kryss pr. linje)

Medlemskap i privat helsesenter?.....

Egen/privat helsetjenesteforsikring?.....

Helsetjenesteforsikring gjennom jobben?.....

7.7 Har du fast lege/legesenter?.....

- JA NEI

7.8 Får du time raskt nok hos egen lege når du trenger det?

- Ja, som regel 1 Av og til 2 Sjelden 3

Hvis du er mann, og ikke har innvandrerbakgrunn, takk for hjelpen. Du skal ikke svare på resten av skjemaet.

Hvis du er kvinne, og ikke har innvandrerbakgrunn, hopp til T9.

Hvis du har innvandrerbakgrunn, vennligst fortsett her.

7.9 Hjelper noen deg med oversettelser når du er hos lege?

- | | Har ikke vært hos lege i Norge | Ja, vanligvis | Av og til | Nei | Ikke aktuelt (trenger/ønsker ikke slik hjelp) |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |

7.10 Dersom du hadde slik hjelp sist du var hos legen, var dette en: (Sett bare ett kryss)

Profesjonell tolk?..... 1

Voksne slektninger/venner?..... 2

Egne barn?..... 3

Andre (oppgi hvem)..... 4

Ikke aktuelt/har ikke brukt tolk..... 5

Har ikke vært hos lege i Norge..... 6

7.11 Mener du at du i Norge har fått de helsetjenestene du har behov for? (Sett bare ett kryss)

- Ja, alltid 1 Både og 2 Nei 3 Har ikke hatt behov 4 Vet ikke 5

7.12 Mener du at helsetjenesten du har fått er bedre eller dårligere enn en norsk person ville fått? (Sett bare ett kryss)

- Dårligere behandling 1 Samme behandling 2 Bedre behandling 3 Har ikke hatt behov 4 Vet ikke 5