



Markera på följande sätt:      Använd helst kulspets eller tunn filtpenna vid markering. Formuläret kommer att behandlas automatiskt i systemet.

Godkänd ändring:      Följ exemplen på vänstra sidan för att optimera inläsningsresultatet.

Hej!

Syftet med undersökningen är att öka kunskapen om ungas erfarenheter av bland annat alkohol, tobak och narkotika. I din årskurs deltar ca 7000 elever i hela Sverige. Genom att besvara frågorna hjälper du oss att få reda på mer om hur unga har det idag.

Det är viktigt att du klickar på "submit" på sista sidan annars sparas inte dina svar.

Undersökningen är helt anonym och vi garanterar att dina svar inte kan spåras till dig. Det är frivilligt att delta. Om det är någon fråga som du inte kan eller vill svara på hoppar du över den.

När du fyllt i dina svar klickar du på "Skicka" på sista fliken (54). Om du vill avsluta i förtid eller inte delta alls gör du på samma sätt.

Obs, om du besvarar enkäten i mobilen måste den vara i liggande läge för att all text ska synas.

Stort tack för din medverkan!

## Årskurs

Går du i ...?

Högstadiet

Gymnasiet

## Följande frågor handlar om dig och din familj

1. Är du ...?

Man

Kvinna

Annan könsidentitet

2. Har du fyllt 16 år?

Ja

Nej

2. Har du fyllt 18 år?

Ja

Nej

## Följande frågor handlar om dig och din familj

3. Har dina föräldrar/vårdnadshavare studerat på universitet eller högskola?

Markera ett alternativ på varje delfråga.

a) Pappa/annan vårdnadshavare

Ja

Nej

Vet ej

b) Mamma/annan vårdnadshavare

Ja

Nej

Vet ej

## Följande frågor handlar om dig och din familj

4. Hur nöjd är du vanligtvis med ...

Markera ett alternativ på varje delfråga.

a) ... din familjs ekonomiska situation?

b) ... din hälsa?

c) ... dig själv?

Varken nöjd eller missnöjd  
Mycket nöjd  
Nöjd  
Missnöjd  
Mycket missnöjd

## Följande frågor handlar om tobak och nikotin



**Följande frågor handlar om tobak och nikotin**

[Continue]

**5. Har du rökt cigaretter någon gång?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**6. Röker du fortfarande?**

- Nej, har bara provat  Nej, har slutat  Ja, varje dag  
 Ja, nästan varje dag  Ja, men bara när jag festar  Ja, men bara ibland

**6.1 Vill du sluta röka?**

- Ja  Ja, men i framtiden  Nej

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****7. Hur får du vanligen tag på cigaretter?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Köper själv  Från kompisar  Från föräldrar/vårdnadshavare  
 Från försäljare av smuggelcigaretter  Annat

Annat, nämligen;

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****8. Är det någon i din familj som röker?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Mamma  Pappa  Annan vårdnadshavare  
 Syskon  Annan person  Nej  
 Vet ej

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****9. Har du använt e-cigaretter någon gång (elektronisk cigarett, kallas även att vejpa)?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****10. Har du snusat någon gång?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**11. Snusar du fortfarande?**

- Nej, har bara provat  Nej, har slutat  Ja, varje dag  
 Ja, nästan varje dag  Ja, men bara när jag festar  Ja, men bara ibland

**11.1 Vill du sluta snusa?**

- Ja  Ja, men i framtiden  Nej

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****12. Hur får du vanligen tag på snus?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Köper själv  Från kompisar  Från föräldrar/vårdnadshavare  
 Annat



**Följande frågor handlar om tobak och nikotin**

[Continue]

Annat, nämligen;

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****13. Är det någon i din familj som snusar?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |                                 |                                       |   |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mamma  | <input type="checkbox"/> Pappa        | <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare |
| <input type="checkbox"/> Syskon | <input type="checkbox"/> Annan person | <input type="checkbox"/> Nej                  |
| <input type="checkbox"/> Vet ej |                                       |   |

**Följande frågor handlar om tobak och nikotin****14. Har du använt tobaksfritt snus som innehåller nikotin någon gång (även kallat vitt snus, All White, nikotinpåsar)?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nej                             | <input type="checkbox"/> Ja, under de senaste 30 dagarna | <input type="checkbox"/> Ja, under de senaste 12 månaderna |
| <input type="checkbox"/> Ja, för mer än 12 månader sedan |  |  |

**14.1 Hade du använt någon annan nikotin-/tobaksprodukt innan du provade tobaksfritt snus?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, snus med tobak (vanligt snus) | <input type="checkbox"/> Ja, cigaretter | <input type="checkbox"/> Ja, e-cigaretter |
| <input type="checkbox"/> Ja, annat                         | <input type="checkbox"/> Nej            |   |

**Följande frågor handlar om alkohol****15. Har du någon gång druckit alkohol?**

Räkna inte med t ex svag cider, lättöl eller andra drycker under 2.8%.

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nej                             | <input type="checkbox"/> Ja, under de senaste 30 dagarna | <input type="checkbox"/> Ja, under de senaste 12 månaderna |
| <input type="checkbox"/> Ja, för mer än 12 månader sedan |  |  |

**Följande frågor handlar om alkohol****16. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Någon gång i veckan eller oftare   | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                   |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Ingen gång de senaste 12 månaderna |

**Följande frågor handlar om alkohol****17. Ungefär hur ofta har du druckit folköl (2,8-3,5%) under de senaste 12 månaderna?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte folköl                | <input type="checkbox"/> 3 gånger i veckan eller oftare | <input type="checkbox"/> 2 gånger i veckan                             |
| <input type="checkbox"/> 1 gång i veckan                    | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                              |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Har ej druckit folköl de senaste 12 månaderna |



### Följande frågor handlar om alkohol [Continue]

18. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Ungefär hur mycket folköl har du druckit vid varje tillfälle?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 glas eller mindre                                  | <input type="checkbox"/> 1 liten burk/flaska (33 cl)   | <input type="checkbox"/> 1 stor burk/flaska (2 små burkar/flaskor)          |
| <input type="checkbox"/> 2 stora burkar/flaskor (3 små burkar/flaskor)        | <input type="checkbox"/> 3-4 stora burkar/flaskor (4-6 små burkar/flaskor)                   | <input type="checkbox"/> 5-7 stora burkar/flaskor (7-11 små burkar/flaskor) |
| <input type="checkbox"/> 8-10 stora burkar/flaskor (12-15 små burkar/flaskor) | <input type="checkbox"/> 11 stora burkar/flaskor eller mer (16 små burkar/flaskor eller mer) | <input type="checkbox"/> Har ej druckit folköl de senaste 12 månaderna      |

### Följande frågor handlar om alkohol

19. Ungefär hur ofta har du druckit starköl (mer än 3,5%) under de senaste 12 månaderna?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte starköl               | <input type="checkbox"/> 3 gånger i veckan eller oftare | <input type="checkbox"/> 2 gånger i veckan                              |
| <input type="checkbox"/> 1 gång i veckan                    | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                               |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Har ej druckit starköl de senaste 12 månaderna |

20. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Ungefär hur mycket starköl har du druckit vid varje tillfälle?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 glas eller mindre  | <input type="checkbox"/> 1 liten burk/flaska (33 cl)                       | <input type="checkbox"/> 1 stor burk/flaska (2 små burkar/flaskor)          |
| <input type="checkbox"/> 2 stora burkar/flaskor (3 små burkar/flaskor)                      | <input type="checkbox"/> 3-4 stora burkar/flaskor (4-6 små burkar/flaskor) | <input type="checkbox"/> 5-7 stora burkar/flaskor (7-11 små burkar/flaskor) |
| <input type="checkbox"/> 8 stora burkar/flaskor eller mer (12 små burkar/flaskor eller mer) | <input type="checkbox"/> Har ej druckit starköl de senaste 12 månaderna    |   |

### Följande frågor handlar om alkohol

21. Ungefär hur ofta har du druckit starkcider, alkoholisk eller liknande (mer än 3,5%) under de senaste 12 månaderna?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte starkcider, alkoholisk eller liknande | <input type="checkbox"/> 3 gånger i veckan eller oftare | <input type="checkbox"/> 2 gånger i veckan  |
| <input type="checkbox"/> 1 gång i veckan                                    | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden   |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna                 | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Har ej druckit starkcider, alkoholisk eller liknande de senaste 12 månaderna |

22. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Ungefär hur mycket starkcider, alkoholisk eller liknande har du druckit vid varje tillfälle?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 glas eller mindre  | <input type="checkbox"/> 1 liten burk/flaska (33 cl)  | <input type="checkbox"/> 1 stor burk/flaska (2 små burkar/flaskor)          |
| <input type="checkbox"/> 2 stora burkar/flaskor (3 små burkar/flaskor)                      | <input type="checkbox"/> 3-4 stora burkar/flaskor (4-6 små burkar/flaskor)                            | <input type="checkbox"/> 5-7 stora burkar/flaskor (7-11 små burkar/flaskor) |
| <input type="checkbox"/> 8 stora burkar/flaskor eller mer (12 små burkar/flaskor eller mer) | <input type="checkbox"/> Har ej druckit starkcider, alkoholisk eller liknande de senaste 12 månaderna |   |

### Följande frågor handlar om alkohol



### Följande frågor handlar om alkohol [Continue]

**23. Ungefär hur ofta har du druckit vin under de senaste 12 månaderna?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte vin                   | <input type="checkbox"/> 3 gånger i veckan eller oftare | <input type="checkbox"/> 2 gånger i veckan                          |
| <input type="checkbox"/> 1 gång i veckan                    | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                           |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Har ej druckit vin de senaste 12 månaderna |

**24. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Ungefär hur mycket vin har du druckit vid varje tillfälle?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mindre än 1 vinglas       | <input type="checkbox"/> 1 vinglas (15 cl)      | <input type="checkbox"/> 2 vinglas (30 cl)                          |
| <input type="checkbox"/> En halv vinflaska (37 cl) | <input type="checkbox"/> 3-4 vinglas (45-60 cl) | <input type="checkbox"/> 1 hel vinflaska/5 vinglas (75 cl)          |
| <input type="checkbox"/> En och en halv vinflaska  | <input type="checkbox"/> 2 vinflaskor eller mer | <input type="checkbox"/> Har ej druckit vin de senaste 12 månaderna |

### Följande frågor handlar om alkohol

**25. Ungefär hur ofta har du druckit sprit under de senaste 12 månaderna?**

*Med sprit menas t ex vodka, gin, rom, whisky och liknande. Räkna även med sprit utblandat i drinkar, shots, samt hembränt och smuggelsprit.*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte sprit                 | <input type="checkbox"/> 3 gånger i veckan eller oftare | <input type="checkbox"/> 2 gånger i veckan                            |
| <input type="checkbox"/> 1 gång i veckan                    | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                             |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Har ej druckit sprit de senaste 12 månaderna |

**26. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Ungefär hur mycket sprit har du druckit vid varje tillfälle?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mindre än 1 snaps/shot (mindre än 4 cl) | <input type="checkbox"/> 1 shot/snaps (4 cl)                          | <input type="checkbox"/> 2 shots/snapsar (8 cl) |
| <input type="checkbox"/> 3 shots/snapsar (12 cl)                 | <input type="checkbox"/> En halv "kvartering" (18 cl)                 | <input type="checkbox"/> 1 "kvartering" (35 cl) |
| <input type="checkbox"/> 50 cl eller mer                         | <input type="checkbox"/> Har ej druckit sprit de senaste 12 månaderna |   |

### Följande frågor handlar om alkohol

**27. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du, vid ett och samma tillfälle, druckit alkohol motsvarande minst fyra stora burkar starköl/starkcider eller 25 cl sprit eller en hel flaska vin eller sex stora burkar folköl?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Någon gång i veckan eller oftare   | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                   |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Ingen gång de senaste 12 månaderna |

### Följande frågor handlar om alkohol

**28. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur många gånger har du druckit ...**

*Markera ett alternativ på varje delfråga.*

a) ... smugglad alkohol?

b) ... hemtillverkad sprit (hembränt)?

- |                          |                               |                           |                            |                          |                          |                          |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          | Ingen gång de senaste 12 mån. | 1 gång de senaste 12 mån. | 2-6 ggr de senaste 12 mån. | 2-3 gånger i månaden     | 1 gång i månaden         | Dricker inte             |
| <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"/> |

### Följande frågor handlar om alkohol



### Följande frågor handlar om alkohol [Continue]

#### 29. Tänk på den senaste gången du drack alkohol. Från vem fick du tag på alkoholen?

Räkna inte med t ex svag cider, lättöl eller andra drycker under 2,8%.

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Från kompis, syskon eller partner                               | <input type="checkbox"/> Från förälder/vårdnadshavare med lov | <input type="checkbox"/> Från förälder/vårdnadshavare utan lov                |
| <input type="checkbox"/> Från en kompis förälder/<br>vårdnadshavare (med eller utan lov) | <input type="checkbox"/> Från person som langar alkohol       | <input type="checkbox"/> Köpte själv (livsmedelsaffär/<br>restaurang/bar etc) |
| <input type="checkbox"/> Annat, nämligen   | <input type="checkbox"/> Vet ej                               |   |

Annat, nämligen;

### Följande frågor handlar om alkohol

#### 30. Tänk på den senaste gången du drack alkohol. Varifrån kom alkoholen?

Räkna inte med t ex svag cider, lättöl eller andra drycker under 2,8%.

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Från Systembolaget                  | <input type="checkbox"/> Från livsmedelsaffär eller liknande<br>(folköl 2,8-3,5%) | <input type="checkbox"/> Från utlandet, dvs. smugglad eller<br>privatinförd |
| <input type="checkbox"/> Från restaurang, bar eller liknande | <input type="checkbox"/> Från hemtillverkning                                     | <input type="checkbox"/> Annat, nämligen                                    |
| <input type="checkbox"/> Vet ej                              |   |   |

Annat, nämligen;

### Följande frågor handlar om alkohol

#### 31. Har du under de senaste 12 månaderna beställt alkohol från konton som säljer det via sociala medier?

Räkna både med om du har beställt själv eller tillsammans med andra.

- |                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, 1-2 gånger | <input type="checkbox"/> Ja, 3 gånger eller fler |
|------------------------------|---|--|

#### 32. Har du under de senaste 12 månaderna blivit bjuden på alkohol av dina föräldrar/vårdnadshavare?

Räkna inte med drycker under 2,8% t ex lättöl eller svag cider.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nej                     | <input type="checkbox"/> Ja, fått smaka ur deras glas | <input type="checkbox"/> Ja, enstaka glas |
| <input type="checkbox"/> Ja, mer än enstaka glas |   |   |

#### 32b. Har du någon gång före din 18-årsdag serverats alkohol på restaurang, bar eller liknande i Sverige?

Räkna inte med drycker under 2,8% t ex lättöl eller svag cider.

- |                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, 1-2 gånger | <input type="checkbox"/> Ja, 3 gånger eller fler |
|------------------------------|---|--|

### Följande frågor handlar om alkohol

#### 33. Har något av följande hänt dig i samband med att du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

Markera ett alternativ på varje delfråga.

- |                                      | Nej                      | En gång                  | Två gånger eller mer     |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Råkat i gräl                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Råkat i slagsmål                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Råkat ut för olycka eller skadats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Medvetet skadat dig själv         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Medvetet skadat någon annan       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Följande frågor handlar om alkohol [Continue]**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f) Blivit utsatt för våld                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Tappat pengar eller andra värdesaker                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Förstört saker eller kläder                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Fått problem med förhållandet till föräldrar              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Fått problem med förhållandet till vänner                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Haft sex du ångrat dagen efter                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Blivit bestulen eller rånad                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Råkat i bråk med polisen                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Behövt uppsöka sjukhus eller akutmottagning               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Kört moped, bil eller annat motorfordon                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Åkt moped, bil eller annat motorfordon med berusad förare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Badat på djupt vatten                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Blivit fotad/filmad i en pinsam eller kränkande situation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****34. Har du sniffat/boffat någon gång (t ex lim, spray)?***Markera ett eller flera alternativ.*

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Skriv här vad du använt:****Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****Här kommer en extra fråga om lustgas****34.1 Har du tagit lustgas någon gång?***Räkna ej med användning inom vården.**Markera ett eller flera alternativ.*

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****35. Har du någon gång använt anabola androgena steroider (AAS) utan läkarordination?***Markera ett eller flera alternativ.*

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Skriv här vad du använt:****Följande frågor handlar om receptbelagda läkemedel utan läkarordination****36. Har du använt receptbelagda sömnmedel eller lugnande läkemedel utan läkarordination (t ex Stesolid, Imovane, Xanor, Bensodiazepin)?***Markera ett eller flera alternativ.*

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**37. Har du använt receptbelagda smärtstillande läkemedel utan läkarordination (t ex Tramadol, Citodon, Oxycodone, Morfin)?***Markera ett eller flera alternativ.*

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan



**Följande frågor handlar om receptbelagda läkemedel utan läkarordination**

[Continue]

**38. Har du använt receptbelagda centralstimulerande läkemedel utan läkarordination (t ex ADHD-läkemedel som Ritalin, Concerta, Attentin, Elvanse)?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****39. Har du någon gång använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusningssyfte?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Skriv här vad du använt:****Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****40. Har du någon gång använt en NPS (det vill säga ny psykoaktiv substans, även kallat RC-drog, nätdrog, designerdrog mm.)?**

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, spice eller liknande rökmixar  Ja, 5-IAI, N-metyl-2al eller liknande  
 Ja, annan nämligen:

**40.1 Var preparatet lagligt när du använde det?**  Ja  Nej  Både och  
 Vet ej

**Skriv här vad du använt:****Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****41. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit erbjuden att prova eller köpa narkotika?**  Ja  Nej

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin.

**42. Har du någon gång haft lust att prova narkotika?**  Ja  Tveksam  Nej

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin.

**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika****43. Har du någon gång använt narkotika?**

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin.

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej  Ja, under de senaste 30 dagarna  Ja, under de senaste 12 månaderna  
 Ja, för mer än 12 månader sedan

**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika**



**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika** [Continue]

**44. Vilket eller vilka slag av narkotika har du använt?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hasch   | <input type="checkbox"/> Marijuana  | <input type="checkbox"/> Spice eller liknande rökmixar  |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin   | <input type="checkbox"/> Kokain   | <input type="checkbox"/> Receptbelagda sömn-/lugnande läkemedel utan läkarordination (t ex Stesolid, Imovane, Xanor, Bensodiazepin) |
| <input type="checkbox"/> Receptbelagda smärtstillande läkemedel utan läkarordination (t ex Tramadol, Citodon, Oxycodone, Morfin) | <input type="checkbox"/> Receptbelagda centralstimulerande läkemedel utan läkarordination (t ex ADHD-medicin som Ritalin, Concerta) | <input type="checkbox"/> Ecstasy  |
| <input type="checkbox"/> LSD, psykedeliska svampar eller andra hallucinogener  | <input type="checkbox"/> Heroin   | <input type="checkbox"/> Annan typ:   |
| <input type="checkbox"/> Vet ej  |   |   |

**Skriv här vad du använt:**
**Följande frågor handlar bland annat om sniffning och narkotika**
**45. Senaste gången du använde narkotika, hur fick du då tag på den?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Från kompis, syskon, partner eller annan bekant | <input type="checkbox"/> Annan, t ex langare | <input type="checkbox"/> Beställde online eller via sociala medier |
| <input type="checkbox"/> Annat   |  |  |

**Annat sätt, nämligen:**
**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika**
**46. Hur många gånger har du använt ...**

Markera ett alternativ på varje delfråga.

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Ingen gång               | 1 gång                   | 2-4 gånger               | 5-10 gånger              | 11-20 gånger             | 21-50 gånger             | Mer än 50 gånger         |
| a) ... hasch och/eller marijuana?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ... annan narkotika än hasch/marijuana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Följande frågor handlar om bland annat sniffning och narkotika**
**47. Ungefär hur ofta har du använt narkotika under de senaste 12 månaderna?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Varje dag                          | <input type="checkbox"/> Varannan dag                   | <input type="checkbox"/> Två gånger i veckan                |
| <input type="checkbox"/> En gång i veckan                   | <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i månaden           | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden                   |
| <input type="checkbox"/> 2-6 gånger de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> Ingen gång de senaste 12 månaderna |

**Följande fråga handlar om debutålder**
**48. Hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker första gången?**

Markera ett alternativ på varje delfråga.



### Följande fråga handlar om debutålder [Continue]

	11 år eller yngre	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år eller äldre
a) Drack minst ett glas alkohol	<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) Blev berusad av alkohol	<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) Rökte en cigarett	<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) Snusade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Använde marijuana eller hasch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sniffade/boffade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Följande fråga handlar om riskuppfattning

**49. Hur stor risk tror du det är att människor skadar sig själva, fysiskt eller på annat sätt, om de ...**  
 Markera ett alternativ på varje delfråga.

	Ingen risk	Liten risk	Måttlig risk	Stor risk	Vet ej
a) ... röker 10 cigaretter eller mer per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... snusar 3 dosor (ca 75 prillor) per vecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... berusar sig på alkohol varje helg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... provar marijuana eller hasch 1-2 gånger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... använder marijuana eller hasch varje helg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... provar heroin 1-2 gånger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... provar att sniffa/boffa 1-2 gånger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Följande fråga handlar om tillgänglighet

**50. Kan du få tag på något av följande inom 24 timmar (från och med nu)?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, folköl (2,8-3,5%)     | <input type="checkbox"/> Ja, alkohol starkare än 3,5% | <input type="checkbox"/> Ja, cigaretter                        |
| <input type="checkbox"/> Ja, snus                  | <input type="checkbox"/> Ja, hasch/marijuana          | <input type="checkbox"/> Ja, anabola androgena steroider (AAS) |
| <input type="checkbox"/> Nej, inget av ovanstående |   |  |

### Följande frågor handlar om spel om pengar

**51. Har du någon gång spelat om pengar (t ex köpt lotter, spelat poker om pengar, vadslagning på sport eller liknande)?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nej                             | <input type="checkbox"/> Ja, under de senaste 30 dagarna | <input type="checkbox"/> Ja, under de senaste 12 månaderna |
| <input type="checkbox"/> Ja, för mer än 12 månader sedan |  |  |

**52. Hur mycket har du spelat för de senaste 30 dagarna?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Har inte spelat om pengar de senaste 30 dagarna | <input type="checkbox"/> Mindre än 99 kronor | <input type="checkbox"/> 100-300 kronor |
| <input type="checkbox"/> Mer än 300 kronor                               |  |   |

### Följande frågor handlar om spel om pengar

**53. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Vilka spel om pengar eller lotterier har du deltagit i och i så fall hur ofta?**

Svara dels för online-spel (att du spelat via din mobil, dator eller platta) och dels om du spelat på annat sätt (t ex på en travbana, med vänner eller via ett ombud).



**Följande frågor handlar om spel om pengar [Continue]**

	Inte senaste 12 månaderna	1 gång/mån el. mer sällan	Flera gånger i månaden	Flera gånger i veckan
<b>Poker</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spelautomater</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Casinospel (t ex roulette eller black jack)</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lotterier (t ex Lotto, Keno, skraplotter, Bingolotto) eller bingo</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spel på sport eller hästar</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vadslagning på e-sport</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Annan vadslagning (t ex Melodifestivalen eller annat)</b>				
a) Online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På annat sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Följande frågor handlar om spel om pengar**
**54. Har du under de senaste 12 månaderna ...**

	Aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid
a) ... spelat för mer än du verkligen har råd att förlora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... behövt spela med större summor för att få samma känsla av spänning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... återvänt en annan dag för att försöka vinna tillbaka pengarna du förlorat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**

**55. Hur nöjd är du vanligtvis med ditt förhållande till din familj?**

Mycket nöjd       Nöjd       Varken nöjd eller missnöjd  
 Missnöjd       Mycket missnöjd

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**

**56. Hur trivs du i skolan?**

Mycket bra       Ganska bra       Varken bra eller dåligt  
 Ganska dåligt       Mycket dåligt

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**


**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj [Continue]**
**57. Brukar du skolka/ha ogiltigt frånvaro?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nej                      | <input type="checkbox"/> Ja, någon gång per termin    | <input type="checkbox"/> Ja, en gång i månaden     |
| <input type="checkbox"/> Ja, 2-3 gånger i månaden | <input type="checkbox"/> Ja, ungefär en gång i veckan | <input type="checkbox"/> Ja, flera gånger i veckan |

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**
**58. Har du blivit mobbad de senaste 12 månaderna?**
*Räkna även med nätmobbing.*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nej                          | <input type="checkbox"/> Ja, någon enstaka gång    | <input type="checkbox"/> Ja, 2-3 gånger i månaden |
| <input type="checkbox"/> Ja, ungefär en gång i veckan | <input type="checkbox"/> Ja, flera gånger i veckan |   |

**59. Har du varit med och mobbat någon de senaste 12 månaderna?**
*Räkna även med nätmobbing.*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nej                          | <input type="checkbox"/> Ja, någon enstaka gång    | <input type="checkbox"/> Ja, 2-3 gånger i månaden |
| <input type="checkbox"/> Ja, ungefär en gång i veckan | <input type="checkbox"/> Ja, flera gånger i veckan |   |

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**
**60. Har någon med avsikt slagit, sparkat eller utsatt dig för annat våld vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna, där du skadades så mycket att du fick besöka sjuksyster, läkare eller tandläkare?**

- |                              |                                      |   |
|------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, en gång | <input type="checkbox"/> Ja, flera gånger |
|------------------------------|--------------------------------------|---|

**60.1 Har det gjorts en polisanmälan?**

- |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nej    | <input type="checkbox"/> Ja, åtminstone en gång | <input type="checkbox"/> Ja, flera gånger |
| <input type="checkbox"/> Vet ej |   |   |

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**
**61. Hur många av dina vänner (inom och utom skolan) ...**
*Markera ett alternativ på varje delfråga.*

a) ... röker?

b) ... snusar?

c) ... är duktiga i skolan?

d) ... dricker sig berusade?

e) ... har provat narkotika?

	Ingen	Någon enstaka	En del	De flesta	Vet ej
a) ... röker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... snusar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... är duktiga i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... dricker sig berusade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... har provat narkotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**
**62. Vet dina föräldrar/vårdnadshavare vilka kompisar du umgås med?**
*Svara för den/de du bor mest hos.*

- |                                     |  |                                    |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, alla   | <input type="checkbox"/> Ja, de flesta | <input type="checkbox"/> Ja, några |
| <input type="checkbox"/> Nej, ingen | <input type="checkbox"/> Vet ej        |                                    |

**63. Vet dina föräldrar/vårdnadshavare var du är på fredags- och lördagskvällar?**
*Svara för den/de du bor mest hos.*

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alltid             | <input type="checkbox"/> För det mesta | <input type="checkbox"/> Ibland |
| <input type="checkbox"/> För det mesta inte |  |                                 |

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**
**64. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig och dina föräldrar/vårdnadshavare?**
*Svara för den/de du bor mest hos.*
*Markera ett alternativ på varje delfråga.*

Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
-----------------------	-----------------------	--------------------	--------------------



**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj [Continue]**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) För mina föräldrar är det okej om jag dricker alkohol       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) För mina föräldrar är det okej om jag röker hasch/marijuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) För mina föräldrar är det okej om jag röker cigaretter      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) För mina föräldrar är det okej om jag snusar                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) För mina föräldrar är det okej om jag dricker mig berusad   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Följande frågor handlar om prestationshöjande preparat**

**65. Har du någon gång använt PWO (pre-workout) eller liknande preparat/substanser, i syfte att höja din fysiska prestation i tränings- eller tävlingssammanhang (t ex kreatin, beta-alanin, L-arginin, BCAA, synefrin)?**

*Obs! Räkna ej med energidrycker.*

- Nej
  Ja, under de senaste 30 dagarna
  Ja, under de senaste 12 månaderna
  Ja, för mer än 12 månader sedan

**Skriv här vad du använt**

**66. Hur stor risk tror du det är att människor skadar sig själva, fysiskt eller på annat sätt, om de...**

*Markera en ruta på varje delfråga.*

- |  | Ingen risk               | Liten risk               | Måttlig risk             | Stor risk                | Vet ej                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ... provar anabola androgena steroider 1-2 gånger               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ... använder/kurar regelbundet med anabola androgena steroider  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ... dricker 1-2 burkar energidryck per dag                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ... provar prestationshöjande preparat (se fr.65) 1-2 gånger    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ... använder prestationshöjande preparat (se fr.65) regelbundet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Tack!**

**Tack för din medverkan!**

Här är formuläret slut, klicka på knappen "skicka" för att avsluta.

Om det är något du skulle vilja tillägga så kan du använda utrymmet nedan.

Mer information hittar du på; [www.drugsmart.se](http://www.drugsmart.se), [www.bris.se](http://www.bris.se) och [www.umo.se](http://www.umo.se).  
Mer om CAN hittar du på [www.can.se](http://www.can.se).

