



Mark as shown:      Please use a ball-point pen or a thin felt tip. This form will be processed automatically.

Correction:      Please follow the examples shown on the left hand side to help optimize the reading results.

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.

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 "Submit" på sista fliken (59). Om du vill avsluta i förtid eller inte delta alls gör du på samma sätt.

Stort tack för din medverkan!

## Högstadiet/Gymnasiet

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

4a. Hur nöjd är du vanligtvis med ...

Markera ett alternativ på varje delfråga.



**Följande frågor handlar om dig och din familj** [Continue]

a) ... din familjs ekonomiska situation?

b) ... din hälsa?

c) ... dig själv?

	Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd el. missnöjd	Missnöjd	Mycket missnöjd
a) ... din familjs ekonomiska situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... din hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Följande frågor handlar om dig och din familj**
**4b. Under de senaste 6 månaderna, hur ofta har du ...**

Markera ett alternativ på varje delfråga.

a) ... haft huvudvärk?

b) ... haft ont i magen?

c) ... känt dig stressad?

d) ... känt dig nedstämd, deppig eller nere?

e) ... haft svårt att somna?

f) ... sovit dåligt på natten?

	I stort sett varje dag	Flera gånger i veckan	En gång i veckan	Någon/några ggr i månaden	Mer sällan eller aldrig
a) ... haft huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... haft ont i magen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... känt dig stressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... känt dig nedstämd, deppig eller nere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... haft svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... sovit dåligt på natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Markera ett eller flera alternativ.

 Köper själv Från kompisar Från föräldrar/vårdnadshavare Från försäljare av smuggelcigaretter Från annan person
**7.1 Var har du köpt cigaretter?**

Markera ett eller flera alternativ.

 Mataffär/närbutik Kiosk/tobaksaffär/jourbutik Bensinstation Restaurang Internet Annat ställe
**Följande frågor handlar om tobak**


**Följande frågor handlar om tobak** [Continue]**8. Är det någon i din familj som röker?***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****9. Har du använt e-cigarett någon gång (elektronisk cigarett, kallas även att vejpa)?***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 |  |  |

**9.1 Använder du fortfarande e-cigarett?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nej, har bara provat | <input type="checkbox"/> Nej, har slutat             | <input type="checkbox"/> Ja, varje dag       |
| <input type="checkbox"/> Ja, nästan varje dag | <input type="checkbox"/> Ja, men bara när jag festar | <input type="checkbox"/> Ja, men bara ibland |

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

**11. Snusar du fortfarande?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nej, har bara provat | <input type="checkbox"/> Nej, har slutat             | <input type="checkbox"/> Ja, varje dag       |
| <input type="checkbox"/> Ja, nästan varje dag | <input type="checkbox"/> Ja, men bara när jag festar | <input type="checkbox"/> Ja, men bara ibland |

**11.1 Vill du sluta snusa?**

- |                             |  |                              |
|-----------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, men i framtiden | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|--|------------------------------|

**Följande frågor handlar om tobak****12. Hur får du vanligen tag på snus?***Markera ett eller flera alternativ.*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Köper själv       | <input type="checkbox"/> Från kompisar | <input type="checkbox"/> Från föräldrar/vårdnadshavare |
| <input type="checkbox"/> Från annan person |  |  |

**12.1 Var har du köpt snus?***Markera ett eller flera alternativ.*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mataffär/närbutik | <input type="checkbox"/> Kiosk/tobaksaffär/jourbutik | <input type="checkbox"/> Bensinstation |
| <input type="checkbox"/> Restaurang        | <input type="checkbox"/> Internet                    | <input type="checkbox"/> Annat ställe  |

**Följande frågor handlar om tobak****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**

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

**14.1 Hade du rökt eller snusat innan du provade tobaksfritt snus?***Markera ett eller flera alternativ.*

- Ja, snus med tobak (vanligt snus)  Ja, cigaretter  Ja, e-cigaretter  
 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 2.26%.**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 alkohol****16. Tänk på den senaste gången du drack alkohol, var kom den ifrån från början (oberoende av om du köpte den själv eller fick den via någon annan)?***Räkna inte med t ex svag cider, lättöl eller andra drycker under 2.26%.**Markera ett eller flera alternativ.*

- Från affär eller liknande (folköl)  Från systembolaget  Från person som säljer insmugglad alkohol  
 Från person som tillverkar alkohol själv (t ex hembränt)  Från internet  Införd från utlandet av t ex föräldrar eller annan vuxen  
 Införd från utlandet av mig själv  Från restaurang  Vet ej

**Följande frågor handlar om alkohol****17. Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?**

- Någon gång i veckan eller oftare  2-3 gånger i månaden  1 gång i månaden  
 2-6 gånger de senaste 12 månaderna  1 gång de senaste 12 månaderna  Ingen gång de senaste 12 månaderna

**Följande frågor handlar om alkohol****18. Ungefär hur ofta har du druckit folköl (2,8-3,5%) under de senaste 12 månaderna?**

- Dricker inte folköl  3 gånger i veckan eller oftare  2 gånger i veckan  
 1 gång i veckan  2-3 gånger i månaden  1 gång i månaden  
 2-6 gånger de senaste 12 månaderna  1 gång de senaste 12 månaderna  Har ej druckit folköl de senaste 12 månaderna



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

19. 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**

20. 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 |

21. 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**

22. 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 |

23. 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

24. 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 |

25. 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

26. 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 |

27. 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

28. 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

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

*Markera ett alternativ på varje delfråga.*



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

- |  | Ng<br>n gång/vecka el. oftare | 2-3 gånger i månaden     | 1 gång i månaden         | 2-6 ggr senaste 12 mån.  | 1 gång de senaste 12 mån. | Ingen gång senaste 12 mån |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| a) ... smugglad starköl (över 3,5 %)?                  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| b) ... smugglad starkcider el. alkoholisk (över 3,5%)? | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| c) ... smugglat vin?                                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| d) ... smugglad sprit?                                 | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| e) ... hemtillverkad sprit (hembränt)?                 | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

**Följande frågor handlar om alkohol**
**30a. Senaste gången du drack folköl (2,8-3,5%), hur fick du då tag på det?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte folköl                             | <input type="checkbox"/> Köpte själv i butik                                    | <input type="checkbox"/> Från syskon  |
| <input type="checkbox"/> Från pojk-/flickvän, kompis eller kompis syskon | <input type="checkbox"/> Från egna föräldrar/vårdnadshavare <i>med</i> lov      | <input type="checkbox"/> Från egna föräldrar/vårdnadshavare <i>utan</i> lov |
| <input type="checkbox"/> Från annan vuxen som bjöd                       | <input type="checkbox"/> Från annan vuxen (langare) som köpte ut/sålde till mig | <input type="checkbox"/> Annat sätt   |
| <input type="checkbox"/> Vet ej  |   |   |

**Följande frågor handlar om alkohol**
**30b. Senaste gången du drack alkohol från Systembolaget, hur fick du då tag på det?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte alkohol från Systembolaget         | <input type="checkbox"/> Köpte själv på Systembolaget                           | <input type="checkbox"/> Från syskon  |
| <input type="checkbox"/> Från pojk-/flickvän, kompis eller kompis syskon | <input type="checkbox"/> Från egna föräldrar/vårdnadshavare <i>med</i> lov      | <input type="checkbox"/> Från egna föräldrar/vårdnadshavare <i>utan</i> lov |
| <input type="checkbox"/> Från annan vuxen som bjöd                       | <input type="checkbox"/> Från annan vuxen (langare) som köpte ut/sålde till mig | <input type="checkbox"/> Annat sätt   |
| <input type="checkbox"/> Vet ej  |   |   |

**Följande frågor handlar om alkohol**
**30c. Senaste gången du drack smugglad alkohol, hur fick du då tag på det?**

Markera ett eller flera alternativ.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dricker inte smugglad alkohol                          | <input type="checkbox"/> Från syskon  | <input type="checkbox"/> Från pojk-/flickvän, kompis eller kompis syskon |
| <input type="checkbox"/> Från egna föräldrar/vårdnadshavare <i>med</i> lov      | <input type="checkbox"/> Från egna föräldrar/vårdnadshavare <i>utan</i> lov | <input type="checkbox"/> Från annan vuxen som bjöd                       |
| <input type="checkbox"/> Från annan vuxen (langare) som köpte ut/sålde till mig | <input type="checkbox"/> Tog in själv från utlandet                         | <input type="checkbox"/> Annat sätt                                      |
| <input type="checkbox"/> Vet ej   |   |  |

**Följande frågor handlar om alkohol**


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

- 31. Har du under de senaste 12 månaderna köpt alkohol via internet?**  Nej  Ja, 1-2 gånger  Ja, 3 gånger eller fler
- 32a. Har du under de senaste 12 månaderna blivit bjuden på alkohol av dina föräldrar/vårdnadshavare?**  Nej  Ja, fått smaka ur deras glas  Ja, enstaka glas  
*Räkna inte med drycker under 2,26% t ex lättöl eller svag cider.*  Ja, mer än enstaka glas
- 32b. Har du någon gång före din 18-årsdag serverats alkohol på restaurang, pub eller liknande i Sverige?**  Nej  Ja, 1-2 gånger  Ja, 3 gånger eller fler  
*Räkna inte med drycker under 2,26% t ex lättöl eller svag cider.*

**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"/>
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**




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

**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 någon 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**

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

**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**

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

*Markera ett eller flera alternativ.*

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

**Skriv här vad du använt:**

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

**45. Från vem/vilka har du fått tag på narkotika?**

*Markera ett eller flera alternativ.*

Syskon  Kompis eller pojk-/flickvän  Bekant  
 Läkare  Internet  Annan, t ex langare

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

**46. Hur många gånger har du använt ...**

*Markera ett alternativ på varje delfråga.*



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

- |  | 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 frågor handlar om flera olika droger**

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

Markera ett alternativ på varje delfråga.

- |                                  | 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 frågor handlar om flera olika droger**

**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 frågor handlar om flera olika droger**


**Följande frågor handlar om flera olika droger [Continue]**
**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                | <input type="checkbox"/> Ja, alkohol från Systembolaget | <input type="checkbox"/> Ja, smugglad alkohol                  |
| <input type="checkbox"/> Ja, cigaretter            | <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?**

Svvara 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).

	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**


**Följande frågor handlar om spel om pengar [Continue]**
**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**
**57. Brukar du skolka?**

- Nej       Ja, någon gång per termin       Ja, en gång i månaden  
 Ja, 2-3 gånger i månaden       Ja, ungefär en gång i veckan       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 nätmobbning.*

- Nej       Ja, någon enstaka gång       Ja, 2-3 gånger i månaden  
 Ja, ungefär en gång i veckan       Ja, flera gånger i veckan

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

- Nej       Ja, någon enstaka gång       Ja, 2-3 gånger i månaden  
 Ja, ungefär en gång i veckan       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?**

- Nej       Ja, en gång       Ja, flera gånger

**60.1 Har det gjorts en polisanmälan?**

- Nej       Ja, åtminstone en gång       Ja, flera gånger  
 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.

	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.

- Ja, alla                       Ja, de flesta                       Ja, några  
 Nej, ingen                       Vet ej

#### 63. Vet dina föräldrar/vårdnadshavare var du är på fredags- och lördagskvällar?

Svara för den/de du bor mest hos.

- Alltid                       För det mesta                       Ibland  
 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
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 skola, fritid och familj

#### 65. Nedan följer frågor om dina föräldrar och alkohol.

	Ja	Nej
a) Har det hänt att du tyckt att någon av dina föräldrar dricker för mycket alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har du någonsin bett någon av dina föräldrar att sluta dricka alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c) Har du någonsin grälat eller bråkat med någon av dina föräldrar när någon av dem har druckit alkohol?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Har du någonsin hört dina föräldrar bråka med varandra när någon av dem varit berusade?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har du någonsin velat gömma eller hålla ut en flaska med alkohol som tillhört någon av dina föräldrar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Har du någonsin önskat att någon av dina föräldrar ska sluta dricka alkohol?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Följande frågor handlar om skola, fritid och familj**
**66. Var är du och dina föräldrar födda?**

- |   | I ett annat nordiskt land<br>I Sverige | I annat europeiskt land  | I ett land utanför Europa | Vet ej                   |
|---|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Jag är född i ...                        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| b) Mamma/annan vårdnadshavare är född i ... | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| c) Pappa/annan vårdnadshavare är född i ... | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**Några frågor om senaste årets covid-19-pandemi**
**67. Har du upplevt något av följande sedan pandemin bröt ut i mars 2020?**

Markera ett alternativ på varje delfråga.

- |   | I liten utsträckning<br>Inte alls | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | I stor utsträckning      |
|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Skolundervisning på distans  | <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) Inställda fritidsaktiviteter   | <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) Minskat umgänge med kompisar   | <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) Att en eller flera av dina föräldrar/vårdnadshavare arbetat hemifrån                   | <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) Att en eller flera av dina föräldrar/vårdnadshavare har förlorat inkomst               | <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) Att mer konflikter/bråk uppstått hemma   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Att mer tid spenderats hemma   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Förlorat egen inkomst på grund av tex uteblivet extrajobb, sommarjobb eller arbetspass | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Ökad oro   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Några frågor om senaste årets covid-19-pandemi**

68. Har du varit allvarligt sjuk i covid-19?

 Ja Nej

69. Har någon nära anhörig varit allvarligt sjuk i covid-19?

 Ja Nej Vet ej70. Har en eller flera av dina föräldrar/  
vårdnadshavare blivit arbetslösa? Ja Nej Vet ej

Du kan använda utrymmet nedan om du vill tillägga något som har att göra med hur du påverkats av pandemin:

**Tack!**

Tack för din medverkan!

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

Om du har frågor om alkohol och andra droger eller om du vill ha tips på vart du kan vända dig om du eller någon du känner har problem med alkohol eller andra droger kan du hitta information på; [www.drugsmart.com](http://www.drugsmart.com), [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).

