



CAN följer regelbundet hur konsumtionen av droger ser ut.
Dina svar ökar kunskapen om ungdomars användning av alkohol och andra medel.

Tack för att du medverkar!

**OBS! Texta och kryssa tydligt - skriv inte namn.
Du ska själv lägga din ifyllda enkät i insamlingslådan.**

1

Vilket län bor du i?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blekinge | <input type="checkbox"/> Dalarna | <input type="checkbox"/> Gotland | <input type="checkbox"/> Gävleborg |
| <input type="checkbox"/> Halland | <input type="checkbox"/> Jämtland | <input type="checkbox"/> Jönköping | <input type="checkbox"/> Kalmar |
| <input type="checkbox"/> Kronoberg | <input type="checkbox"/> Norrbotten | <input type="checkbox"/> Skåne | <input type="checkbox"/> Stockholm |
| <input type="checkbox"/> Södermanland | <input type="checkbox"/> Uppsala | <input type="checkbox"/> Värmland | <input type="checkbox"/> Västerbotten |
| <input type="checkbox"/> Västernorrland | <input type="checkbox"/> Västmanland | <input type="checkbox"/> Västra Götaland | <input type="checkbox"/> Örebro |
| <input type="checkbox"/> Östergötland | | | |

2

Är du man eller kvinna?

- Man
 Kvinna

3

Hur gammal är du?

Jag är år.

4

Var har du i huvudsak varit bosatt under din uppväxttid?

- I storstadsområde
 I annan stad eller tätort med mer än 50 000 invånare
 I annan stad eller tätort med mindre än 50 000 invånare
 På landsbygden

5

Hur nöjd är du vanligtvis med...

	Nöjd	Ganska nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Ganska missnöjd	Missnöjd
...ditt förhållande till din familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...din familjs ekonomiska situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...din livssituation som helhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

a **Är du född i Sverige?**

- Ja
 Nej

b**Är någon av dina föräldrar född utomlands?**

- Ja
 Nej, båda är födda i Sverige

7

Röker du?

- Ja, dagligen
 Ja, så gott som dagligen
 Mera sällan
 Nej
- Hur många cigaretter röker du i genomsnitt per dag? Cirka st.

8

Snusar du?

- Ja, dagligen
 Ja, så gott som dagligen
 Mera sällan
 Nej

9

Har du någon gång använt anabola androgena steroider (AAS) utan läkarordination?

- Ja, flera gånger/kurer
 Ja, ett fåtal gånger
 Ja, en gång
 Nej

10

Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig
 1 gång i månaden eller mera sällan
 2-4 gånger i månaden
 2-3 gånger i veckan
 Fyra gånger i veckan eller mer

11

Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?

- Dricker inte alkohol
 Någon gång i veckan
 Någon gång i månaden
 Mera sällan
 Aldrig

12

Brukar du, i berusningssyfte, dricka någon eller några av följande drycker?

- Sprit (ej hembränt eller smuggelsprit)
 Hembränt
 Smuggelsprit
 Vanligt vin (ej hemgjort)
 Starkvin (ej hemgjort)
 Hemgjort vin
 Alkoläsk
 Cider
 Starköl
 Folköl
 Dricker ej alkohol i berusningssyfte



64784

13

Hur många glas, d v s ölglas, vinglas, drinkglas eller snapsglas dricker du på en typisk dag då du dricker alkohol? (räkna flaskor/burkar med starköl/folköl som ett ölglas)

- Dricker inte alkohol
 1 eller 2 glas
 3 eller 4 glas
 5 eller 6 glas
 7-9 glas
 10 eller fler glas

14

Hur ofta dricker du sex sådana glas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
 Mer sällan än en gång i månaden
 Varje månad
 Varje vecka
 Dagligen eller nästan varje dag

15

Har du någon gång sniffat lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande?

- Ja, mer än 10 gånger
 Ja, 2-10 gånger
 Ja, en gång
 Nej

16

Har du någon gång blivit erbjuden eller på annat sätt haft möjlighet att pröva något eller några av följande narkotika (utan läkarordination)?

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera ggr
Hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin (eller liknande centralstimulantia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogena svampar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömmedel eller lugnande medel av bensodiazepintyp (rohypnol, diazepam, imovane, stilnoct m fl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan typ av narkotika...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↳ ...nämligen: _____

17

Vem/vilka stod för erbjudandet i fråga 16?

- Har inte blivit erbjuden narkotika
 Kompis
 Annan bekant
 Annan person

18

Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkarordination?

	Nej	En gång	2-4 ggr	5-20 ggr	Mer än 20 ggr
Hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin (eller liknande centralstimulantia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogena svampar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel eller lugnande medel av bensodiazepintyp (rohypnol, diazepam, imovane, stilnoct m fl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan typ av narkotika...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↳ ...nämligen: _____

Har du svarat nej på allt i fråga 18: sluta här - annars gå vidare med frågorna nedan.

19

Hur gammal var du när du använde narkotika första gången?

Jag var år.

20

Vilken typ av narkotika...

...använde du första gången?

...använder du numera?

Använder inte längre

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hasch/marijuana | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Amfetamin (eller liknande centralstimulantia) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Kokain | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Heroin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ecstasy | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | LSD | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hallucinogena svampar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | GHB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Annan narkotika | <input type="checkbox"/> |

21

Har du någon gång tagit narkotika med spruta (injektion)?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, 2-10 gånger
- Ja, mer än 10 gånger

22

När använde du narkotika senast?

- Högst 6 månader sedan
- 7-12 månader sedan
- 1-2 år sedan
- 3-5 år sedan
- För mer än 5 år sedan

23

Har du använt narkotika under de senaste 30 dagarna?

- Nej
- Ja, en gång
- Ja, 2-10 gånger
- Ja, mer än 10 gånger

Du ska själv lägga din ifyllda enkät i insamlingslådan.
Tack för din medverkan!