



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!

Den här undersökningen görs för att öka kunskapen om ungas erfarenheter av bland annat alkohol, tobak och narkotika. 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. Cirka 4000 elever på gymnasiet deltar.

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 (30). Du gör på samma sätt om du vill avsluta i förtid eller inte delta alls.

Stort tack för din medverkan!

### 1. Är du...?

Man  Kvinna  Annan könsidentitet

### 2. Vilket år är du född?

2001 eller tidigare  2002  2003  
 2004  2005 eller senare

### 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

### 4. Hur nöjd är du vanligtvis med ...

Markera ett alternativ på varje delfråga.

	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"/>

### 5. Under de senaste 6 månaderna, hur ofta har du...

Markera ett alternativ på varje delfråga.



[Continue]

	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"/>

## 6. Har du rökt cigaretter någon gång?

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej
  Ja, under de senaste 30 dagarna
  Ja, under de senaste 12 månaderna

### 6.1 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

## 7. Har du snusat någon gång?

Markera ett eller flera alternativ.

- Nej
  Ja, under de senaste 30 dagarna
  Ja, under de senaste 12 månaderna

### 7.1 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

## 8. 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



**9. Hur ofta dricker du alkohol?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingen gång de senaste 12 månaderna | <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden eller mer sällan | <input type="checkbox"/> 2-4 gånger i månaden |
| <input type="checkbox"/> 2-3 gånger i veckan                | <input type="checkbox"/> 4 gånger i veckan eller mer       |   |

**10. Hur många "glas" dricker du ungefär när du dricker alkohol?**

- |                              |  |                              |
|------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 3-4           | <input type="checkbox"/> 5-6 |
| <input type="checkbox"/> 7-9 | <input type="checkbox"/> 10 eller fler |                              |

Se exempel på "glas" nedan.

**11. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?**

- |                                      |  |                                      |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldrig      | <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång i månaden | <input type="checkbox"/> Varje månad |
| <input type="checkbox"/> Varje vecka | <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag |                                      |

Ett glas motsvarar något av dessa exempel.


**12. 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 |

**13. Har något av följande hänt dig i samband med att du har 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"/>

[Continue]

	Nej	En gång	Två gånger eller mer
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"/>

	Nej	En gång	Två gånger eller mer
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"/>

#### 14. 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

#### 15. 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

#### 16. Har du använt receptbelagda smärtstillande medel 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

[Continue]

17. Har du använt receptbelagda **centralstimulerande** läkemedel utan läkarordination?

T ex ADHD-läkemedel som Ritalin, Concerta, Attentin, Elvance.

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

18. 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.

19. 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

20. 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 medel 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:

-----

21. Hur många gånger har du använt...

Markera ett alternativ på varje delfråga.

a) ...hasch och/eller marijuana?

- Mer än 50 gånger  
 21-50 gånger  
 11-20 gånger  
 5-10 gånger  
 2-4 gånger  
 1 gång  
 Ingen gång
- 



[Continue]

b) ...annan narkotika än hasch/marijuana?

      

22. 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 |

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

Markera ett alternativ på varje delfråga.

a) Drack minst ett glas alkohol

         

b) Blev berusad av alkohol

         

c) Rökte en cigarett

         

d) Snusade

         

e) Använde marijuana eller hasch

         

11 år eller yngre  
Aldrig  
12 år  
13 år  
14 år  
15 år  
16 år  
17 år  
18 år eller äldre

24. 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 |  |  |

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

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mycket nöjd | <input type="checkbox"/> Nöjd            | <input type="checkbox"/> Varken nöjd eller missnöjd |
| <input type="checkbox"/> Missnöjd    | <input type="checkbox"/> Mycket missnöjd |   |

26. Hur trivs du i skolan?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mycket bra    | <input type="checkbox"/> Ganska bra    | <input type="checkbox"/> Varken bra eller dåligt |
| <input type="checkbox"/> Ganska dåligt | <input type="checkbox"/> Mycket dåligt |  |



[Continue]

27. 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

28. Nedan följer frågor om dina föräldrar/vårdnadshavare och alkohol.

a) Har det hänt att du tyckt att någon av dina föräldrar dricker för mycket alkohol?

Ja

Nej

b) Har du någonsin bett någon av dina föräldrar att sluta dricka alkohol?

c) Har du någonsin grälat eller bråkat med någon av dina föräldrar när någon av dem har druckit alkohol?

d) Har du någonsin hört dina föräldrar bråka med varandra när någon av dem varit berusade?

e) Har du någonsin velat gömma eller hålla ut en flaska med alkohol som tillhört någon av dina föräldrar?

f) Har du någonsin önskat att någon av dina föräldrar ska sluta dricka alkohol?

29. Var är du och dina föräldrar födda?

a) Jag är född i ...

b) Mamma/annan vårdnadshavare är född i ...

c) Pappa/annan vårdnadshavare är född i ...

30. Har du upplevt något av följande sedan pandemin bröt ut i mars 2020?

Markera ett alternativ på varje delfråga.

a) Skolundervisning på distans

0

1

2

3

4

5



[Continue]

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b) Inställda fritidsaktiviteter   | <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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| g) Att mer tid spenderats hemma   | <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"/> |
| i) Ökad oro   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Har du varit allvarligt sjuk i covid-19?  Ja  Nej
32. Har någon nära anhörig varit allvarligt sjuk i covid-19?  Ja  Nej  Vet ej
33. Har en eller flera av dina föräldrar/vårdnadshavare blivit arbetslösa?  Ja  Nej  Vet ej

**Tack!**

Är det något du vill tillägga som har att göra med hur du påverkats av covid-19-pandemin, kan du göra det nedan:

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

Tack för din medverkan!

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

