

Enkät om drogvanor i Europa

Läs detta innan du börjar

Detta frågeformulär är en del i en internationell undersökning om alkohol och andra droger bland skolungdomar i Europa. Syftet är att kunna jämföra Sverige med andra länder. I år deltar cirka 40 länder och i Sverige görs studien, som kallas ESPAD, av CAN.

Undersökningen är helt anonym och du ska inte skriva namn någonstans.

Besvara frågorna genom att sätta kryss för det alternativ som stämmer bäst för dig. Om någon fråga verkar konstig kan det vara för att den ska passa i så många länder som möjligt. Markera bara ett svarsalternativ om inget annat anges. Om det är någon enskild fråga som du inte vill besvara hoppar du över den.

När du är klar ska du lägga formuläret i det bruna kuvertet och klistra igen det, sedan samlas dessa in och läggs i ett gemensamt svarskuvert som din lärare skickar oöppnat till CAN.

Det är inte obligatoriskt att delta. Vill du inte delta, lägger du formuläret ofyllt i kuvertet.

Resultaten redovisas inte för enskilda klasser eller skolor, utan bara för Sverige totalt. Kom ihåg att dina svar är anonyma och att du inte ska skriva ditt namn någonstans.

Tack på förhand för din medverkan!

1 Är du pojke eller flicka?

- Pojke
 Flicka
 Annan könstillhörighet

2 Vilket år är du född?

- 1999
 Annat år

3 Hur ofta (om någonsin) brukar du göra följande?

Markera en ruta på varje rad.

	Aldrig	Några gånger per år	En eller två ggr/månad	Minst en gång/vecka	Nästan varje dag
a) Spela dataspel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Idrotta eller motionera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Läsa böcker för nöjes skull (räkna inte skolböcker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gå ut med kompisar på kvällen (på disco, café, fest etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Annan hobby (spela instrument, sjunga, måla, skriva etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gå omkring med kompisar i affärer, på gatan, i parker eller liknande för nöjes skull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Använda internet på fritiden för att chatta, leta musik, spela etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Spela på automater (den sorten man kan vinna pengar på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Hur många dagar har du missat en eller flera lektioner under de senaste 30 dagarna?

Markera en ruta på varje rad.

	Ingen	1 dag	2 dagar	3-4 dagar	5-6 dagar	7 dagar eller fler
a) På grund av sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På grund av skolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Av andra orsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor handlar om cigarettrökning.

5 Hur svårt tror du det skulle vara att få tag på cigaretter om du skulle vilja?

- Omöjligt
 Mycket svårt
 Ganska svårt
 Ganska lätt
 Mycket lätt
 Vet ej

6 Hur många gånger (om någonsin) har du rökt cigaretter i ditt liv?

Antal gånger	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 eller mer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Hur mycket har du rökt under de senaste 30 dagarna?

- Inte alls
 Mindre än 1 cigarett i veckan
 Mindre än 1 cigarett per dag
 1-5 cigaretter per dag
 6-10 cigaretter per dag
 11-20 cigaretter per dag
 Mer än 20 cigaretter per dag

8 Hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker för första gången?

Markera en ruta på varje rad.

	Aldrig rökt	9 år eller yngre	10 år	11 år	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år eller äldre
a) Rökte din första 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"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rökte cigaretter dagligen	<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, dvs öl, cider, alkoholisk, vin och sprit.

9 Hur svårt tror du att det skulle vara för dig att få tag på följande drycker om du skulle vilja?

Markera en ruta på varje rad.

	Omöjligt	Mycket svårt	Ganska svårt	Ganska lätt	Mycket lätt	Vet ej
a) Öl (inte öl under 2,8%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cider (inte cider under 2,8%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alkoholisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sprit (vodka, whisky, shots etc - räkna även sprit blandad med läsk, men inte alkoholisk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Hur många gånger (om någonsin) har du druckit alkohol?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Tänk tillbaka på de senaste 30 dagarna. Hur många gånger (om någonsin) har du druckit något av följande?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) Öl (inte öl under 2,8%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cider (inte cider under 2,8%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alkoholisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sprit (vodka, whisky, shots etc - räkna även sprit blandad med läsk, men inte alkoholisk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommande frågor handlar om den senaste dagen du drack alkohol.

12 När drack du senast alkohol?

- Jag dricker aldrig alkohol
- 1-7 dagar sedan
- 8-14 dagar sedan
- 15-30 dagar sedan
- 1 månad - 1 år sedan
- Mer än 1 år sedan

13 Tänk på senaste dagen du drack alkohol. Vilken eller vilka drycker drack du då?

Markera allt som passar in.

- Jag dricker aldrig alkohol
- Öl (inte öl under 2,8%)
- Cider (inte cider under 2,8%)
- Alkoläsk
- Vin
- Sprit

13a Drack du öl senaste dagen du drack alkohol? I så fall - hur mycket? (Inte öl under 2,8%.)

- Jag dricker aldrig öl
- Jag drack inte öl senast jag drack alkohol
- Mindre än 1 flaska eller burk (<50 cl)
- 1-2 flaskor eller burkar (50-100 cl)
- 3-4 flaskor eller burkar (101-200 cl)
- Mer än 4 flaskor eller burkar (>200 cl)

13d Drack du vin senaste dagen du drack alkohol? I så fall - hur mycket?

- Jag dricker aldrig vin
- Jag drack inte vin senast jag drack alkohol
- Mindre än 2 vinglas (<20 cl)
- 2-3 vinglas eller en halv flaska (20-40 cl)
- 4-6 vinglas (41-74 cl)
- Mer än 6 vinglas eller en flaska eller mer (>74 cl)

13b Drack du cider senaste dagen du drack alkohol? I så fall - hur mycket? (Inte cider under 2,8%.)

- Jag dricker aldrig cider
- Jag drack inte cider senast jag drack alkohol
- Mindre än 1 flaska eller burk (<50 cl)
- 1-2 flaskor eller burkar (50-100 cl)
- 3-4 flaskor eller burkar (101-200 cl)
- Mer än 4 flaskor eller burkar (>200 cl)

13e Drack du sprit senaste dagen du drack alkohol?

I så fall - hur mycket?

- Jag dricker aldrig sprit
- Jag drack inte sprit senast jag drack alkohol
- Mindre än 2 drinkar/snapsglas (<8 cl)
- 2-3 drinkar/snapsglas (8-15 cl)
- 4-6 drinkar/snapsglas (16-24 cl)
- Mer än 6 drinkar/snapsglas (>24 cl)

13c Drack du alkoläsk senaste dagen du drack alkohol? I så fall - hur mycket?

- Jag dricker aldrig alkoläsk
- Jag drack inte alkoläsk senast jag drack alkohol
- Mindre än 1 flaska eller burk (<50 cl)
- 1-2 flaskor eller burkar (50-100 cl)
- 3-4 flaskor eller burkar (101-200 cl)
- Mer än 4 flaskor eller burkar (>200 cl)

13f Ange på en skala från 1 till 10 hur berusad du kände dig senaste dagen du drack alkohol. (Om du inte kände något alls skall du kryssa i "1".)

Inte alls

Kraftigt berusad, t ex inte kom ihåg allt som hände

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Jag dricker aldrig alkohol

Följande fråga handlar om alkoholkonsumtion under senaste 30 dagarna.

14 Tänk tillbaka igen på de senaste 30 dagarna. Hur många gånger (om någonsin) har du druckit 5 drinkar eller mer vid samma tillfälle? (En "drink" motsvarar en flaska/burk öl, en flaska/burk cider, en flaska/burk alkoholisk, ett glas vin, ett snapsglas sprit eller en blandad drink).

- Ingen gång
- 1 gång
- 2 gånger
- 3-5 gånger
- 6-9 gånger
- 10 gånger eller mer

Här kommer ytterligare några frågor om alkohol.

15 Hur många gånger (om någonsin) har du varit berusad av att ha druckit alkohol, t ex raglat, sluddrat, spytt eller inte kommit ihåg allt som hände?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker för första gången?

Markera en ruta på varje rad.

	Aldrig gjort	Ålder							16 år eller äldre
		9 år eller yngre	10 år	11 år	12 år	13 år	14 år	15 år	
a) Drack öl (minst ett glas)	<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"/>
b) Drack cider (minst ett glas)	<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"/>
c) Drack alkoholisk (minst ett glas)	<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"/>
d) Drack vin (minst ett glas)	<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"/>
e) Drack sprit (minst ett glas)	<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"/>
f) 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"/>	<input type="checkbox"/>

17 Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du varit med om något av följande när du varit berusad av alkohol?

Markera en ruta på varje rad.

Jag har inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna → Fortsätt med fråga 18

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) Varit i slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Råkat ut för någon olycka eller skadats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tappat eller skadat saker, kläder etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Råkat i allvarliga gräl eller tjafs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Blivit bestulen eller rånad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fått problem med polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hamnat på sjukhus pga kraftig berusning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hamnat på sjukhus pga olycka eller skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Haft sex utan kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Blivit utsatt för oönskade sexuella handlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Medvetet skadat dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Kört moped, bil eller annat motorfordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Varit med om olycka när du själv kört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Simmat på djupt vatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Har du under de senaste 12 månaderna upplevt problem pga att någon annan druckit alkohol?

Markera en ruta på varje rad.

	Nej	Ja, en främling	Ja, en kompis/ bekant	Ja, någon närstående
a) Har någon som druckit stört eller trakasserat dig på fest eller i någon annan privat miljö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har någon som druckit stört eller trakasserat dig på gatan eller på annan offentlig plats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har någon som druckit skadat dig fysiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har någon som druckit förstört kläder eller saker för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Har någon som druckit orsakat en trafikolycka du varit inblandad i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Har du åkt tillsammans med en förare som druckit för mycket alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Har någon person du mött på gatan som druckit gjort dig rädd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Tycker du att det finns någon dig närstående person som dricker för mycket alkohol?

Nej

Ja → Har det på något sätt skadat dig eller medfört problem för dig?

Nej

Ja

Lugnande medel och sömnmedel (t ex Xanor, Stesolid och Zopiklon) ordineras ibland av läkare för att hjälpa människor att somna, bli lugna eller avslappnade. Sådana läkemedel kräver recept.

20 Har du någonsin använt lugnande medel eller sömnmedel p g a att en läkare ordinerat dig att ta dem?

- Nej, aldrig
- Ja, men under kortare tid än 3 veckor
- Ja, under 3 veckor eller mer

Följande frågor handlar om marijuana och hasch (cannabis).

21 Hur svårt tror du att det skulle vara för dig att få tag på marijuana eller hasch (cannabis) om du skulle vilja?

- Omöjligt
- Mycket svårt
- Ganska svårt
- Ganska lätt
- Mycket lätt
- Vet ej

22 Hur många gånger (om någonsin) har du använt marijuana eller hasch (cannabis)?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 Hur gammal var du när du (om någonsin) provade marijuana eller hasch (cannabis) för första gången?

- Jag har aldrig provat marijuana eller hasch
- 9 år eller yngre
- 10 år
- 11 år
- 12 år
- 13 år
- 14 år
- 15 år
- 16 år eller äldre

24 Har du någon gång haft möjlighet att pröva marijuana eller hasch (cannabis) men låtit bli?

- Nej
- Ja → Hur många gånger i ditt liv har detta hänt?
 - 1-2 gånger
 - 3-5 gånger
 - 6-9 gånger
 - 10-19 gånger
 - 20-39 gånger
 - 40 gånger eller mer

Här kommer några frågor om en del andra droger än cannabis.

25 Hur svårt tror du att det skulle vara för dig att få tag på följande medel om du skulle vilja?

Markera en ruta på varje rad.

	Omöjligt	Mycket svårt	Ganska svårt	Ganska lätt	Mycket lätt	Vet ej
a) Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Metamfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lugnande medel eller sömnmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Spice eller liknande rökmixar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26 Hur många gånger (om någonsin) har du använt ecstasy?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Hur många gånger (om någonsin) har du använt amfetamin?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Hur många gånger (om någonsin) har du använt kokain?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 Hur många gånger (om någonsin) har du sniffat/boffat (t ex lim, bensin, butangas etc)?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) I ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Under de senaste 12 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Under de senaste 30 dagarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 Hur många gånger (om någonsin) har du använt något av följande medel?

Markera en ruta på varje rad.

	Antal gånger						40 eller mer
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) Lugnande medel eller sömnmedel (utan recept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) LSD eller andra hallucinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hallucinogena svampar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Anabola steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Injicerat narkotika med spruta (t ex heroin, amfetamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Alkohol med läkemedel för att bli påverkad/berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Smärtstillande läkemedel för att bli påverkad/berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Spice eller liknande rökmixar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 Hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker för första gången?

Markera en ruta på varje rad.

	Aldrig gjort	9 år eller yngre	År						16 år eller äldre
			10 år	11 år	12 år	13 år	14 år	15 år	
a) Provade lugnande medel eller sömnmedel (utan recept)	<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"/>
b) Provade amfetamin	<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"/>
c) Provade kokain	<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"/>
d) Provade ecstasy	<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"/>
e) Provade att sniffa/boffa (lim, bensin, butangas etc)	<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"/>
f) Provade alkohol tillsammans med läkemedel för att bli påverkad/berusad	<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"/>

Här kommer några frågor som handlar om nya syntetiska droger.

32 Idag finns det nya syntetiska droger som liknar klassisk narkotika som cannabis och ecstasy. Sådana droger kan kallas nya psykoaktiva substanser, nätdroger, RC-droger, etc och finns i form av rökmixar, pulver och tabletter (t ex spice eller liknande rökmixar, mefedron m fl).

Har du någon gång använt sådana droger?

- Ja
- Nej
- Vet ej

33 Om du använt nya syntetiska droger de senaste 12 månaderna i vilken form var det?

Markera allt som passar in.

- Jag har inte använt sådana droger (de senaste 12 månaderna)
- Rökmix
- Pulver, tabletter, kristaller etc
- Vätska
- Annat

Följande frågor handlar om risker med olika droger.

34 Hur stor risk tror du det är att människor skadar sig själva (fysiskt eller på annat sätt) om de...

Markera en ruta på varje rad.

	Ingen risk	Liten risk	Måttlig risk	Stor risk	Vet ej
a) röker cigaretter då och då	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) röker ett paket cigaretter eller mer per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dricker 1-2 drinkar* nästan varje dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dricker 4-5 drinkar* nästan varje dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) dricker 5 drinkar* eller fler per gång varje helg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) provar marijuana eller hasch (cannabis) 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) röker marijuana eller hasch (cannabis) då och då	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) röker marijuana eller hasch (cannabis) regelbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) provar ecstasy 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) använder ecstasy regelbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) provar amfetamin 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) använder amfetamin regelbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* En drink motsvarar en flaska/burk av öl, cider eller alkoholisk, ett glas vin, ett snapsglas sprit eller en blandad drink.

Följande frågor handlar om internet och spelande.

35 Vilka veckodagar under de senaste 7 dagarna använde du internet (via dator, mobil, surfplatta etc)? Räkna all typ av internetanvändning.

Markera allt som passar in.

Ingen	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 Under de senaste 7 dagarna hur många timmar (om några) använde du internet? Räkna all typ av internetanvändning.

Markera en ruta på varje rad.

	0 timmar	Högst 1 halv-timme	Ungefär 1 timme	Ungefär 2-3 timmar	Ungefär 4-5 timmar	6 timmar eller mer
a) På en typisk veckodag (måndag-torsdag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På en typisk helgdag (fredag-söndag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 Under de senaste 7 dagarna hur många dagar (om några) gjorde du följande på internet?

Markera en ruta på varje rad.

	Ingen dag	1 dag	2 dagar	3 dagar	4 dagar	5 dagar	5 dagar	7 dagar
a) Använde sociala medier (Facebook, chatforum, Twitter, Skype, Kik etc)	<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) Spelade spel on-line (med andra eller själv)	<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) Spelade spel där man kan vinna pengar	<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) Sökte information, läste, etc	<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) Laddade ner/strömmade film, videos, musik etc	<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) Köpte, sålde eller letade efter saker (blocket, e-bay, prisjakt etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38 Under de senaste 30 dagarna hur många timmar (om några) ägnade du åt följande på internet en typisk dag?

Markera en ruta på varje rad.

	0 timmar	Högst 1 halv-timme	Ungefär 1 timme	Ungefär 2-3 timmar	Ungefär 4-5 timmar	6 timmar eller mer
a) Använde sociala medier (Facebook, chatforum, Twitter, Skype, Kik etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Spelade spel on-line (med andra eller själv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Spelade spel där man kan vinna pengar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sökte information, läste, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Laddade ner/strömmade film, videos, musik etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Köpte, sålde eller letade efter saker (blocket, e-bay, prisjakt etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 I vilken grad håller du med om följande påståenden om sociala medier (Facebook, Kik etc)?

Markera en ruta på varje rad.

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Varken instämmer eller tar avstånd	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
a) Jag tycker att jag tillbringar för mycket tid på sociala medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag blir på dåligt humör när jag inte kan använda sociala medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mina föräldrar tycker att jag tillbringar för mycket tid på sociala medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40 I vilken grad håller du med om följande påståenden om spelande på datorer, mobiler, konsoler, surfplattor eller liknande?

Markera en ruta på varje rad.

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Varken instämmer eller tar avstånd	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
a) Jag tycker att jag tillbringar för mycket tid med att spela sådana digitala spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag blir på dåligt humör när jag inte kan spela sådana digitala spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mina föräldrar tycker att jag tillbringar för mycket tid med att spela sådana digitala spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Hur ofta (om någonsin) har du spelat om pengar de senaste 12 månaderna?

- Jag har inte spelat om pengar de senaste 12 månaderna
- 1 gång i månaden eller mindre
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4-5 gånger i veckan
- 6 gånger i veckan eller mer

42 Om du spelat om pengar senaste 12 månaderna, vilka spel har du deltagit i via internet?

Markera en ruta på varje rad.

	Har inte gjort det	1 g/månad eller mindre	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4-5 gånger i veckan	6 gånger i veckan eller mer
a) Spelautomater, slotmaskiner etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kortspel eller tärningsspel (poker, craps etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lotterier (bingo, skraplotter, roulette etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vadslagning (sport, djurkapplöpningar etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43 Om du spelat om pengar senaste 12 månaderna, vilka spel har du deltagit i på annat sätt än via internet?

Markera en ruta på varje rad.

	Har inte gjort det	1 g/månad eller mindre	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4-5 gånger i veckan	6 gånger i veckan eller mer
a) Spelautomater, slotmaskiner etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kortspel eller tärningsspel (poker, craps etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lotterier (bingo, skraplotter, roulette etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vadslagning (sport, djurkapplöpningar etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor handlar bl.a. om dig och om dina föräldrar. Om du mest bott med styvföräldrar, fosterföräldrar eller andra så svara för dessa. Om du t ex har både en styvpappa och en biologisk pappa så svara för den som varit viktigast i din uppfostran.

44 Vilken är den högsta skolutbildning som din pappa genomgått?

- Grundskola
- Vissa studier på gymnasiet, komvux eller folkhögskola
- Avslutade studier på gymnasiet, komvux eller folkhögskola
- Viss högskole- eller universitetsutbildning
- Avslutad högskole- eller universitetsutbildning
- Vet ej
- Ej relevant

45 Vilken är den högsta skolutbildning som din mamma genomgått?

- Grundskola
- Vissa studier på gymnasiet, komvux eller folkhögskola
- Avslutade studier på gymnasiet, komvux eller folkhögskola
- Viss högskole- eller universitetsutbildning
- Avslutad högskole- eller universitetsutbildning
- Vet ej
- Ej relevant

46 Hur bra ställt har din familj det jämfört med andra familjer i Sverige?

- Våldigt mycket bättre ställt
- Mycket bättre ställt
- Bättre ställt
- Ungefär medel
- Mindre bra ställt
- Mycket sämre ställt
- Våldigt mycket sämre ställt

47 Vilka av följande personer bor i samma hushåll som du?

Markera allt som gäller.

- Jag lever ensam
- Pappa
- Styvpappa
- Mamma
- Styvmamma
- Bror (bröder)
- Syster (syststrar)
- Mor- eller farföräldrar
- Annan släkting
- Annan person som inte är släkt

48 Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?

Markera en ruta på varje rad.

	Nästan alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Nästan aldrig
a) Min(a) förälder/föräldrar har bestämda regler för vad jag kan göra hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Min(a) förälder/föräldrar har bestämda regler för vad jag kan göra utanför hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Min(a) förälder/föräldrar känner till vem/vilka jag är med på kvällarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Min(a) förälder/föräldrar vet var jag är på kvällarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jag kan lätt få värme och omtanke från min mamma och/eller pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag kan lätt få känslomässigt stöd från min mamma och/eller pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jag kan lätt låna pengar från min mamma och/eller pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jag kan lätt få pengar från min mamma och/eller pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Jag kan lätt få värme och omtanke från min bästa vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Jag kan lätt få känslomässigt stöd från min bästa vän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49 Vet dina föräldrar var du är på lördagskvällar?

- Vet alltid
- Vet för det mesta
- Vet ibland
- Vet för det mesta inte

50 Antag att du någon gång använt marijuana eller hasch (cannabis), skulle du i så fall ha talat om det i den här undersökningen?

- Jag har redan svarat att jag använt det
- Definitivt ja
- Troligen ja
- Troligen inte
- Definitivt inte

51 Vilket av följande meritvärden beskriver bäst ditt höstterminsbetyg?

- 0–155 poäng
- 160–185 poäng
- 190–215 poäng
- 220–245 poäng
- 250–275 poäng
- 280–320 poäng

52 Hur nöjd är du vanligtvis med...

Markera en ruta på varje rad.

	Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Inte så nöjd	Inte alls nöjd	Det finns ingen sådan person
a) din relation till din mamma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) din relation till din pappa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) din relation till dina vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53 Vad tror du din mammas reaktion skulle bli om du gör något av följande?

Markera en ruta på varje rad.

	Hon skulle absolut inte tillåta det	Hon skulle försöka hindra det	Hon skulle inte bry sig	Hon skulle godta det	Vet ej
a) Dricker dig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Använder marijuana/hasch (cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Använder ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54 Vad tror du din pappas reaktion skulle bli om du gör något av följande?

Markera en ruta på varje rad.

	Han skulle absolut inte tillåta det	Han skulle försöka hindra det	Han skulle inte bry sig	Han skulle godta det	Vet ej
a) Dricker dig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Använder marijuana/hasch (cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Använder ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55 Hur många av dina vänner tror du det är som...

Markera en ruta på varje rad.

	Ingen	Ett fåtal	Några	De flesta	Alla
a) röker cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dricker alkohol (öl, cider, alkoholisk vin, sprit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) berusar sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) röker marijuana eller hasch (cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) använder lugnande medel eller sömnmedel (utan läkares ordination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) använder ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) sniffar/boffar (lim, bensin, butangas etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu kommer några frågor till om tobak och alkohol.

56 Har du någon gång använt vattenpipa, e-cigaretter eller snus?

Markera en ruta på varje rad.

	Ja, under de senaste 30 dagarna	Ja, under de senaste 12 månaderna	Ja, för mer än 12 månader sedan	Nej, aldrig
a) Vattenpipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) E-cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57 Hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker för första gången?

Markera en ruta på varje rad.

	Aldrig rökt	9 år eller yngre	10 år	11 år	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år eller äldre
a) Provade e-cigaretter	<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"/>
b) Rökte e-cigaretter dagligen	<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"/>

58 Tänk på när du drack alkohol senast (om någonsin). Var någonstans var du då?

Markera allt som gäller.

- Jag har aldrig druckit alkohol
- Hemma
- Hemma hos någon annan
- Utomhus (på gatan, i en park, på stranden etc)
- På en bar eller pub
- På ett disco
- På en restaurang
- Annan plats, nämligen: _____

Slutligen följer några till frågor om spel om pengar.

- 59** Har du någon gång känt att du måste spela för mer och mer pengar?
 Nej
 Ja
- 60** Har du någon gång varit tvungen att ljuga om hur mycket du spelar för personer som är viktiga för dig?
 Nej
 Ja
- 61** Hur mycket tid (om någon) har du lagt ner på att spela om pengar en typisk dag under de senaste 12 månaderna?
 Jag har inte spelat om pengar de senaste 12 månaderna
 Högst 30 minuter
 Mellan 30 och 60 minuter
 Mellan 1 och 2 timmar
 Mellan 2 och 3 timmar
 3 timmar eller mer
- 62** Hur ofta (om någonsin) har du spelat om pengar i minst 2 timmar i rad under de senaste 12 månaderna?
 Jag har inte spelat om pengar de senaste 12 månaderna
 Aldrig
 Mindre än 1 gång per månad
 1 gång i månaden
 1 gång i veckan
 Dagligen/så gott som dagligen

Formuläret är slut - Tack för din medverkan!

Om du har frågor om droger eller vill ha tips på vart man kan vända sig om någon har problem så finns information på t.ex. www.drugsmart.se, www.bris.se, www.rkuf.se eller www.umo.se.

**Om du vill tillägga något så kan du använda utrymmet nedan.
Glöm inte att försegla ditt svarskuvert!**
