



Den här undersökningen handlar om ungdomars drogvanor. Undersökningen är anonym, därför ska du inte skriva namn på formuläret. När du fyllt i formuläret stoppar du det i kuvertet och klistrar igen det. Kuverten samlas in av läraren som skickar dem öppnade till CAN. Inga resultat redovisas för enskilda klasser. Det är inte obligatoriskt att delta.

Besvara frågorna genom att sätta kryss för det alternativ som stämmer bäst för dig. Sätt bara kryss i en ruta om inget annat anges.

Stort tack för din medverkan!

1a Är du pojke eller flicka?

- Pojke
 Flicka

1b I vilken stadsdel/kommun bor du?

Räkna inte med eventuellt tillfälligt boende pga studierna.

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angered
(Gunnared, Lärjedalen) | <input type="checkbox"/> Västra Göteborg
(Tynnered, Ålvsborg,
Södra Skärgården) | <input type="checkbox"/> Härryda |
| <input type="checkbox"/> Askim-Frölunda-Högsbo | <input type="checkbox"/> Västra Hisingen
(Biskopsgården, Torlanda) | <input type="checkbox"/> Kungälv |
| <input type="checkbox"/> Centrum | <input type="checkbox"/> Östra Göteborg
(Kortedala, Bergsjön) | <input type="checkbox"/> Lerum |
| <input type="checkbox"/> Lundby | <input type="checkbox"/> Örgryte-Härlanda | <input type="checkbox"/> Mölndal |
| <input type="checkbox"/> Majorna-Linné | | <input type="checkbox"/> Partille |
| <input type="checkbox"/> Norra Hisingen
(Backa, Tuve, Säve, Kärra, Rödbo) | | <input type="checkbox"/> Stenungsund |
| | | <input type="checkbox"/> Öckerö |

2 Vilket år är du född?

- 1996 eller tidigare
 1997
 1998 eller senare

Annan kommun: _____

3 Hur bor du?

Markera med ett eller flera kryss.

- I hyreslägenhet
 I bostadsrättslägenhet
 I radhus eller kedjehus
 I villa
 Annat boende

4 Vad gör dina föräldrar/vårdnadshavare?

Markera med ett eller flera kryss för vardera föräldern.

	Pappa	Mamma
Jag bor ej med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetar hel- eller deltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studerar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstledig/föräldraledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtidssjukskriven/sjukpensionär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Har du rökt cigaretter någon gång?

Markera med ett eller flera kryss.

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

Fortsätt med fråga 8

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

Fortsätt med fråga 8

Vill du sluta röka?

- Ja
- Ja, men i framtiden
- Nej

7 Hur får du vanligen tag på cigaretter?

Markera med ett eller flera kryss.

- Köper själv
- Från kompisar
- Från föräldrar
- Från försäljare av smuggelcigaretter
- Från annan person

Var har du köpt cigaretter?

Markera med ett eller flera kryss.

- Mataffär/Närbutik
- Kiosk/Tobaksaffär/Jourbutik
- Bensinstation
- Restaurang
- Internet
- Annat ställe

8 Har du snusat någon gång?

Markera med ett eller flera kryss.

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

Fortsätt med fråga 11

9 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

Fortsätt med fråga 11

Vill du sluta snusa?

- Ja
- Ja, men i framtiden
- Nej

10 Hur får du vanligen tag på snus?

Markera med ett eller flera kryss.

- Köper själv
- Från kompisar
- Från föräldrar
- Från annan person

Var har du köpt snus?

Markera med ett eller flera kryss.

- Mataffär/Närbutik
- Kiosk/Tobaksaffär/Jourbutik
- Bensinstation
- Restaurang
- Internet
- Annat ställe

11 Är det någon i din familj som...

Markera med ett eller flera kryss för varje delfråga.

	Ingen	Mamma	Pappa	Syskon	Annan person	Vet ej
a) ...röker?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

12 Har du rökt vattenpipa någon gång?

Markera med ett eller flera kryss.

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

Var det med eller utan tobak?

- Bara med tobak
- Bara utan tobak
- Ibland med och ibland utan tobak
- Vet ej

13 Har du någon gång druckit alkohol?

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

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

14 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 drycker under 2,8% t ex lättöl eller svag cider. Markera med ett eller flera kryss.

- Dricker inte alkohol
- 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 föräldrarna eller annan vuxen
- Införd från utlandet av mig själv
- Från restaurang
- Vet ej

15 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad?

- Dricker inte alkohol
- 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

16 Ungefär hur ofta har du druckit folköl 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

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

- Dricker inte folköl
- 1 glas eller mindre
- 1 liten burk/flaska (33 cl)
- 1 stor/burk flaska (2 små burkar/flaskor)
- 2 stora burkar/flaskor (3 små burkar/flaskor)
- 3-4 stora burkar/flaskor (4-6 små burkar/flaskor)
- 5-7 stora burkar/flaskor (7-11 små burkar/flaskor)
- 8-10 stora burkar/flaskor (12-15 små burkar/flaskor)
- 11 stora burkar/flaskor eller mer (16 små burkar/flaskor eller mer)
- Har ej druckit folköl de senaste 12 månaderna

18 Ungefär hur ofta har du druckit starköl under de senaste 12 månaderna?

- Dricker inte starköl
- 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 starköl de senaste 12 månaderna

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

- Dricker inte starköl
- 1 glas eller mindre
- 1 liten burk/flaska (33 cl)
- 1 stor/burk flaska (2 små burkar/flaskor)
- 2 stora burkar/flaskor (3 små burkar/flaskor)
- 3-4 stora burkar/flaskor (4-6 små burkar/flaskor)
- 5-7 stora burkar/flaskor (7-11 små burkar/flaskor)
- 8 stora burkar/flaskor eller mer (12 små burkar/flaskor eller mer)
- Har ej druckit starköl de senaste 12 månaderna

20 Ungefär hur ofta har du druckit starkcider, alkoholisk eller liknande under de senaste 12 månaderna?

- Dricker inte starkcider, alkoholisk eller liknande
- 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 starkcider, alkoholisk eller liknande senaste 12 månaderna

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

- Dricker inte starkcider, alkoholisk eller liknande
- 1 glas eller mindre
- 1 liten burk/flaska (33 cl)
- 1 stor/burk flaska (2 små burkar/flaskor)
- 2 stora burkar/flaskor (3 små burkar/flaskor)
- 3-4 stora burkar/flaskor (4-6 små burkar/flaskor)
- 5-7 stora burkar/flaskor (7-11 små burkar/flaskor)
- 8 stora burkar/flaskor eller mer (12 små burkar/flaskor eller mer)
- Har ej druckit starkcider, alkoholisk eller liknande de senaste 12 månaderna

22 Ungefär hur ofta har du druckit vin under de senaste 12 månaderna?

- Dricker inte vin
- 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 vin senaste 12 månaderna

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

- Dricker inte vin
- Mindre än 1 vinglas
- 1 vinglas (15 cl)
- 2 vinglas (30 cl)
- En halv vinflaska (37 cl)
- 3-4 vinglas (45-60 cl)
- 1 hel vinflaska/5 vinglas (75 cl)
- En och en halv vinflaska
- 2 vinflaskor eller mer
- Har ej druckit vin de senaste 12 månaderna

24 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.

- Dricker inte sprit
- 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 sprit de senaste 12 månaderna

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

- Dricker inte sprit
- Mindre än 1 snaps/shot (mindre än 4 cl)
- 1 snaps/shot (4 cl)
- 2 snapsar/shots (8 cl)
- 3 snapsar/shots (12 cl)
- En halv "kvartering" (18 cl)
- 1 "kvartering" (35 cl)
- 50 cl eller mer
- Har ej druckit sprit de senaste 12 månaderna

26 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 helflaska vin eller sex burkar folköl?

- Dricker inte alkohol
- 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

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

Sätt ett kryss för varje typ av dryck.

	Dricker inte	Någon gång i veckan el. oftare	2-3 gånger i månaden	1 gång i månaden	2-6 gånger de senaste 12 mån.	1 gång de senaste 12 mån.	Ingen gång de senaste 12 mån.
a) ...smugglad starköl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...smuggelsprit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...hemtillverkad sprit (hembränt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Senaste gången du drack följande, hur fick du då tag på det?

Markera med ett eller flera kryss för a, b och c.

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

29 Har du under de senaste 12 månaderna köpt alkohol via internet?

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler

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

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

- Nej
- Ja, fått smaka ur deras glas
- Ja, enstaka glas
- Ja, mer än enstaka glas

31 Har något av följande hänt i samband med att du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

Markera med ett kryss på varje delfråga.

- Har ej druckit alkohol de senaste 12 månaderna



Fortsätt med fråga 32

	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 oönskat sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Haft oskyddat sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Blivit bestulen eller rånad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Råkat i bråk med polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Behövt uppsöka sjukhus eller akutmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Kört moped, bil eller annat motorfordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Åkt moped, bil eller annat motorfordon med någon som varit berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Simmat på djupt vatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 Har du sniffat/boffat någon gång?

(T ex lim, spray etc) Markera med ett eller flera kryss.

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

Skriv här vad du har sniffat/boffat:

33 Har du någon gång använt anabola steroider utan läkarordination?

Markera med ett eller flera kryss.

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

34 Har du någon gång använt receptbelagda sömnmedel eller lugnande läkemedel utan recept (t ex Rohypnol, Xanor, Atarax, Sobril, Stilnoct eller liknande)?

Markera med ett eller flera kryss.

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

35 Har du någon gång använt receptbelagda sömnmedel eller lugnande läkemedel med recept (t ex Rohypnol, Xanor, Atarax, Sobril, Stilnoct eller liknande)?

Markera med ett eller flera kryss.

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

36 Har du någon gång använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusningssyfte?

Markera med ett eller flera kryss.

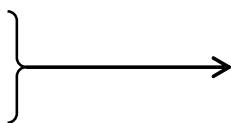
- Nej
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan

Skriv här vilket läkemedel du har använt:

37 Nuförtiden talas det om så kallade nätdroger (även kallat designerdroger, RC-droger, nya syntetiska droger). Har du någon gång köpt någon sådan via internet?

Markera med ett eller flera kryss.

- Nej
- Ja, spice eller liknande rökmixar
- Ja, mefedron, metedron eller liknande
- Ja, annan nätdrog nämligen:



Var preparatet lagligt när du köpte det?

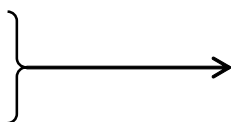
- Ja
- Nej
- Både och
- Vet ej

Skriv här vad du köpt:

38 Har du någon gång använt någon så kallad nätdrog?

Markera med ett eller flera kryss.

- Nej
- Ja, spice eller liknande rökmixar
- Ja, mefedron, metedron eller liknande
- Ja, annan nätdrog nämligen:



Var preparatet lagligt när du använde det?

- Ja
- Nej
- Både och
- Vet ej

Skriv här vad du använt:

39 Har du någon gång under de senaste 12 månaderna blivit erbjuden att prova eller köpa narkotika?

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin, GHB och andra narkotikaklassade preparat.

- Ja
- Nej

40 Har du någon gång haft lust att prova narkotika?

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin, GHB och andra narkotikaklassade preparat.

- Ja
- Tveksam
- Nej

41 Har du någon gång använt narkotika?

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin, GHB och andra narkotikaklassade preparat.

Markera med ett eller flera kryss.

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



Fortsätt med fråga 45

42 Vilket eller vilka slag av narkotika har du använt?

Markera med ett eller flera kryss.

- Hasch
- Marijuana
- Spice (eller liknande rökmixar)
- Amfetamin
- Kokain
- Receptbelagda sömn-/lugnande medel utan läkarordination (t ex Rohypnol, Xanor, Atarax, Sobril, Stilnoct)
- Ecstasy
- Heroin
- GHB
- Annan typ av narkotika, nämligen: _____
- Vet ej

43 Från vem/vilka har du fått tag på narkotika?

Markera med ett eller flera kryss.

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

44 Hur många gånger har du använt...

Markera med ett kryss för varje delfråga.

	Ingen gång	1 gång	2-4 gånger	5-10 gånger	11-20 gånger	Mer än 21 gånger
a) ...hasch och/eller marijuana	<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"/>

Följande frågor handlar om flera olika droger

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

Markera med ett kryss för varje delfråga.

	Aldrig	11 år eller yngre	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 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"/>

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

Markera med ett kryss 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 100 "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) ...provar heroin 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...provar att sniffa/boffa 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Markera med ett eller flera kryss.

- Ja, folköl
- Ja, alkohol från Systembolaget
- Ja, smugglad alkohol
- Ja, cigaretter
- Ja, hasch/marijuana
- Ja, anabola steroider
- Nej, inget av ovanstående

Följande frågor handlar om spel om pengar

48 Har du någon gång spelat om pengar?

Markera med ett eller flera kryss.

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

Fortsätt med fråga 52

Fortsätt med fråga 50

49 Vilka spel eller lotterier om pengar har du deltagit i under de senaste 12 månaderna?

Markera med ett kryss på varje delfråga.

	Flera gånger i veckan	Flera gånger i månaden	En gång i månaden eller mer sällan	Inte de senaste 12 månaderna
a) Spelautomater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotter (t ex skraplotter, bingolotter mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nummerspel (t ex Lotto, Keno mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sportspel (t ex tips, hästar mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Poker på Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bingo på Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andra spel via Internetbolag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Poker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Övriga spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 Har du känt att du måste spela för mer och mer pengar?

- Ja
- Nej

51 Har du ljugit om hur mycket du spelar för människor som är viktiga för dig?

- Ja
- Nej

Följande frågor handlar om skola, fritid och familj

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

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd

53 Hur trivs du i skolan?

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

54 Brukar du skolka?

- Nej
- Ja, någon gång per termin
- Ja, en gång i månaden
- Ja, 2-3 gånger i månaden
- Ja, en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

55 Har du blivit mobbad de senaste 12 månaderna?

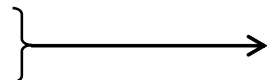
- Nej
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, 2-3 gånger i månaden
- Ja, ungefär en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

56 Har du varit med och mobbat någon de senaste 12 månaderna?

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

57 Har någon med avsikt slagit dig, sparkat dig eller utsatt dig för annat våld vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna, så att du skadades så mycket att du blivit tvungen att besöka sjuksyster, läkare eller tandläkare?

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



Har det gjorts en polisanmälan?

- Nej
- Ja, åtminstone en gång
- Ja, flera gånger
- Vet ej

58 Hur många av dina vänner (inom och utom skolan)...

Markera en ruta 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"/>

59 Vet dina föräldrar/vårdnadshavare vilka kompisar du umgås med?

Svara för den/de du bor mest hos.

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

60 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

61 Hur väl stämmer följande påståenden in på dig och dina föräldrar/vårdnadshavare?

Markera med ett kryss på varje delfråga. Svara för den/de du bor mest hos.

	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"/>

62 Hur mycket pengar har du ungefär till fritid och nöjen varje månad (t ex månadspeng, fickpeng, lön mm)?

--	--	--	--

 kronor

63 Hur väl stämmer följande in på ditt bostadsområde?

Markera med ett kryss på varje delfråga.

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
a) Skadegörelse (klotter, olaglig grafitti, förstörelse) är vanligt där jag bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Så fort jag kan vill jag flytta till ett annat område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag trivs i området där jag bor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Om en vuxen såg mig göra något olagligt i området där jag bor skulle mina föräldrar få reda på det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64 Hur väl stämmer följande påståenden in på dig och ditt liv?

Markera med ett kryss på varje delfråga.

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
a) Jag vet vilka ordningsregler som gäller i min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) I min skola ställer lärarna höga krav på eleverna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vuxna ingriper om någon blir trakasserad eller mobbad i min skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) I min familj gör vi ofta saker tillsammans på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jag känner att jag får stöd och uppmuntran av mina föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mina föräldrar ger mig beröm när jag gjort något bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65 Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då att det är att vända sig till...

Markera med ett kryss på varje delfråga.

	Mycket lätt	Ganska lätt	Varken lätt eller svårt	Ganska svårt	Mycket svårt
a) ...föräldrar eller de vuxna du bor hos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...lärare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...elevvårdspersonal på skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...annan vuxen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...kamrater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...syskon (om du har något/några)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Här är formuläret slut. Vi ber dig läsa igenom det en gång till och se efter att alla frågor som skall besvaras är besvarade. Om det är något mer du skulle vilja tillägga så kan du använda utrymmet nedan.

Tack för din medverkan!
