

## Drogvanor i årskurs 9, 2016

Syftet med denna undersökning är att öka kunskapen om ungas erfarenheter av bland annat alkohol, tobak och narkotika. Genom att svara på frågorna hjälper du oss att få reda på mer om hur unga människor har det idag. Undersökningen är anonym, det betyder att ingen vet vem du är och vad du har svarat.

Besvara frågorna genom att sätta kryss för det alternativ som stämmer bäst för dig. Markera bara ett svarsalternativ per fråga om inget annat anges. Om det är någon enskild fråga som du inte kan eller vill besvara kan du hoppa över den. När du fyllt i formuläret stoppar du det i kuvertet och klistrar igen det. Kuverten samlas in av din lärare som skickar dem oöppnade till CAN. Det är inte obligatoriskt att delta. Vill du inte delta lägger du formuläret obesvarat i kuvertet.

Stort tack för din medverkan!

### 1 Är du man eller kvinna?

- Man  
 Kvinna  
 Annan könsidentitet

### 1b I vilken stadsdel/kommun bor du?

Räkna inte med eventuellt tillfälligt boende pga studierna.

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

Annan kommun: \_\_\_\_\_

### 3 Har dina föräldrar/vårdnadshavare studerat på universitet eller högskola?

Markera en ruta på varje delfråga.

	Ja	Nej	Vet ej	Bor ej med
a) Pappa/annan vårdnadshavare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mamma/annan vårdnadshavare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Markera en ruta på varje delfråga.

	Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller 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"/>

GBG9

3016533775

## Följande frågor handlar om tobak

### 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 Är det någon av följande i din familj som röker?

Markera med ett eller flera kryss.

- Mamma
- Pappa
- Annan vårdnadshavare
- Syskon
- Annan person
- Nej
- Vet ej

### 9 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

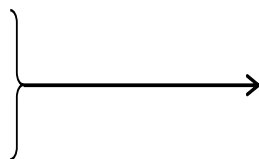
#### Var det med eller utan tobak?

- Bara med tobak
- Bara utan tobak
- Både med och utan tobak
- Vet ej

## 10 Har du använt e-cigarett någon gång (elektronisk cigarett som omvandlar vätska till vattenånga)?

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



### Hade du använt tobak innan du provade e-cigarett?

- Ja, cigaretter
- Ja, snus
- Ja, både cigaretter och snus
- Nej

## 11 Har du snusat någon gång?

Markera med ett eller flera kryss.

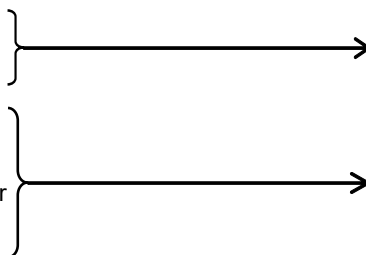
- Nej
- Ja, under de senaste 30 dagarna
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, för mer än 12 månader sedan



Fortsätt med fråga 14

## 12 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 14

### Vill du sluta snusa?

- Ja
- Ja, men i framtiden
- Nej

## 13 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

## 14 Är det någon av följande i din familj som snusar?

Markera med ett eller flera kryss.

- Mamma
- Pappa
- Annan vårdnadshavare
- Syskon
- Annan person
- Nej
- Vet ej

## Följande frågor handlar om alkohol

### 15 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

### 16 Tänk på den senaste gången du drack alkohol, var kom den ifrån från början (oberoende av om du köpte den själv eller fick den via någon annan)?

Räkna inte med 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

### 17 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

### 18 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

**19** 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

**20** 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

**21** 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

**22** 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 de senaste 12 månaderna

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

- 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

**24** 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 de senaste 12 månaderna

**25** 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

## 26 Ungefär hur ofta har du druckit sprit under de senaste 12 månaderna?

Med sprit menas t ex vodka, gin, rom, whisky och liknande. Räkna även med sprit utblandat i drinkar, shots samt hembränt och smuggelsprit.

- 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

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

## 28 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Hur ofta har du, vid ett och samma tillfälle, druckit alkohol motsvarande minst fyra stora burkar starköl/starkcider eller 25 cl sprit eller en hel flaska vin eller sex 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

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

Markera en ruta på varje delfråga.

	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) ...smugglad starkcider & alkoholisk mer än 3,5%?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...smugglat vin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...smuggelsprit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...hemtillverkad sprit (hembränt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 30 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"/>
Tog in själv från utlandet	<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"/>

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

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

## 32 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



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

Markera en ruta på varje delfråga.

Har ej druckit alkohol de senaste 12 månaderna →

Fortsätt med fråga 34

	Nej	En gång	Två gånger eller mer
a) Råkat i gräl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Råkat i slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råkat ut för olycka eller skadats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Medvetet skadat dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Medvetet skadat någon annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Blivit utsatt för våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tappat pengar eller andra värdesaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Förstört saker eller kläder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fått problem med förhållandet till föräldrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fått problem med förhållandet till vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Haft sex du ångrat dagen efter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Blivit bestulen eller rånad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Råkat i bråk med polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Behövt uppsöka sjukhus eller akutmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Kört moped, bil eller annat motorfordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Åkt moped, bil eller annat motorfordon med berusad förare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Simmat på djupt vatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Blivit fotad/filmad i en pinsam eller kränkande situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### 34 Har du sniffat/boffat någon gång (t ex lim, spray)?

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 använt: \_\_\_\_\_

### 35 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

### 36 Har du någon gång använt receptbelagda sömnmedel eller lugnande läkemedel utan läkarordination (t ex Xanor, Stesolid, Zopiklon, Oxascand)?

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

**37 Har du någon gång använt receptbelagda smärtstillande medel utan läkarordination (t ex Tramadol, Citodon, Morfin, Oxycontin)?**

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

**38 Har du någon gång använt något viktminskningspreparat utan läkarordination (t ex bantningspiller, fettförbränningstabletter)?**

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 40

**Var preparatet lagligt när du använde det?**

- Ja
- Nej
- Både och
- Vet ej

**39 Vad har du använt för viktminskningspreparat?**

Skriv här vad du använt: \_\_\_\_\_

**40 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 vad du använt: \_\_\_\_\_

**41 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?**

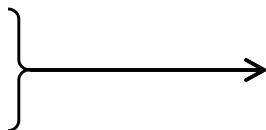
- Ja
- Nej
- Både och
- Vet ej

Skriv här vad du köpt: \_\_\_\_\_

## 42 Har du någon gång använt någon så kallad nättdrog?

Markera med ett eller flera kryss.

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



Var preparatet lagligt när du använde det?

- Ja
- Nej
- Både och
- Vet ej

Skriv här vad du använt:

## 43 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.

- Ja
- Nej

## 44 Har du någon gång haft lust att prova narkotika?

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin.

- Ja
- Tveksam
- Nej

## 45 Har du någon gång använt narkotika?

Med narkotika avses t ex hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin.

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 49

## 46 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 Xanor, Stesolid, Zopiklon, Oxascand)
- Receptbelagda smärtstillande medel utan läkarordination (t ex Tramadol, Citodon, Morfin, Oxycontin)
- Ecstasy
- LSD, psykedeliska svampar eller andra hallucinogener
- GHB
- Heroin
- Annan typ:
- Vet ej

## 47 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

## 48 Hur många gånger har du använt...

Markera en ruta på varje delfråga.

	Ingen gång	1 gång	2-4 gånger	5-10 gånger	11-20 gånger	21-50 gånger	Mer än 50 gånger
a) ...hasch och/eller marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...annan narkotika än hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Följande frågor handlar om flera olika droger

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

Markera en ruta på varje delfråga.

	Aldrig	11 år eller yngre	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år eller äldre
a) Drack minst ett glas alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

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

Markera en ruta på varje delfråga.

	Ingen risk	Liten risk	Måttlig risk	Stor risk	Vet ej
a) ...röker 10 cigaretter eller mer per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...snusar 3 dosor (ca 75 prillor) per vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...berusar sig på alkohol varje helg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...provar marijuana eller hasch 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...använder marijuana eller hasch varje helg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...provar heroin 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...provar att sniffa/boffa 1-2 gånger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 51 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

### 52 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 57

Fortsätt med fråga 55

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

Markera en ruta 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"/>

### 54 Hur mycket har du spelat för de senaste 30 dagarna?

- Har inte spelat de senaste 30 dagarna
- Mindre än 50 kronor
- 50-99 kronor
- 100-300 kronor
- Mer än 300 kronor

### 55 Har du känt att du måste spela för mer och mer pengar?

- Ja
- Nej

### 56 Har du ljutit om hur mycket du spelar för människor som är viktiga för dig?

- Ja
- Nej

## Följande frågor handlar om skola, fritid och familj

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

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

### 58 Hur trivs du i skolan?

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

### 59 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

### 60 Har du blivit mobbad de senaste 12 månaderna?

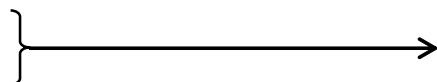
- Nej
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, 2-3 gånger i månaden
- Ja, ungefär en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

### 61 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

### 62 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

### 63 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"/>

## 64 Vet dina föräldrar/vårdnadshavare vilka kompisar du umgås med?

Svara för den/de du bor mest hos.

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

## 65 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

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

Svara för den/de du bor mest hos.

Markera en ruta på varje delfråga.

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
a) För mina föräldrar är det okej om jag dricker alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) För mina föräldrar är det okej om jag röker hasch/marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) För mina föräldrar är det okej om jag röker cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) För mina föräldrar är det okej om jag snusar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) För mina föräldrar är det okej om jag dricker mig berusad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 67 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Har det hänt att du inte kunnat följa med dina kompisar på något för att du inte haft råd?

- Ja, flera gånger
- Ja, en gång
- Nej
- Jag umgås inte med kompisar

## 68 Tänk tillbaka på de senaste 12 månaderna. Har det hänt att du inte kunnat köpa något som du velat ha och som andra i din ålder har, för att du inte haft råd?

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

## 69 Har du under de senaste 12 månaderna gjort någon semesterresa som varade minst en vecka?

- Ja, inom Sverige
- Ja, utomlands
- Ja, både inom Sverige och utomlands
- Nej

## 70 Hur väl stämmer följande in på ditt bostadsområde?

Markera en ruta 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"/>

## 71 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"/>

## 72 Har du upplevt våld eller hot om våld i din hemmiljö?

Nej  Ja, en gång  Ja, flera gånger

## 73 Nedan följer några frågor om dina föräldrar och alkohol

	Ja	Nej
a) Har det hänt att du tyckt att någon av dina föräldrar dricker för mycket alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har du någonsin bett någon av dina föräldrar att sluta dricka alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har du någonsin grålat eller bråkat med någon av dina föräldrar när någon av dem har druckit alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har du någonsin hört dina föräldrar bråka med varandra när någon av dem varit berusade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Har du någonsin velat gömma eller hålla ut en flaska med alkohol som tillhört någon av dina föräldrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Har du någonsin önskat att någon av dina föräldrar skall sluta dricka alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 74 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. Om du har frågor om alkohol och andra droger kan du hitta information på; [www.drugsmart.com](http://www.drugsmart.com), [www.bris.se](http://www.bris.se), [www.rkuf.se](http://www.rkuf.se) och [www.umo.se](http://www.umo.se).

Tack för din medverkan!