

Liv & hälsa ung 2020

– en undersökning om ungdomars livsvillkor,
levnadsvanor och hälsa



Elever i årskurs 7, 9 och år 2 på
gymnasiet i Örebro län



Region Örebro län

1. DIG, DIN HÄLSA OCH DIN FAMILJ

Är du ...?

- Tjej
- Kille
- Inget av ovanstående stämmer in på mig

Var är du född?

- I Sverige
- I övriga Norden
- I övriga Europa
- I övriga världen
- Vet inte

Hur länge har du bott i Sverige?

- Mindre än 5 år
- 5-9 år
- 10 år eller mer

I vilken kommun bor du?

Om du bor i mer än en kommun välj den kommun där du bor oftast.

Askersund	<input type="checkbox"/>
Degerfors	<input type="checkbox"/>
Hallsberg	<input type="checkbox"/>
Hällefors	<input type="checkbox"/>
Karlskoga	<input type="checkbox"/>
Kumla	<input type="checkbox"/>
Laxå	<input type="checkbox"/>
Lekeberg	<input type="checkbox"/>
Lindesberg	<input type="checkbox"/>
Ljusnarsberg	<input type="checkbox"/>
Nora	<input type="checkbox"/>
Örebro	<input type="checkbox"/>
En kommun utanför Örebro län	<input type="checkbox"/>

Hälsa - bakgrund

Hur mår du rent allmänt?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Dålig
- Mycket dålig

Hur lång är du?

Skriv i hela centimeter.

	cm
--	----

Vilken är din nuvarande vikt?

Skriv i hela kilo.

	kg
--	----

Vilken sexuell läggning identifierar du dig med? *(Endast åk 9 och år 2)*

- Heterosexuell
- Bisexuell
- Homosexuell
- Annat
- Osäker

Är du eller har du varit transperson? *(Endast åk 9 och år 2)*

Transperson är ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön man blev tilldelad när man föddes.

- Nej
- Ja

Har du ...? Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Nej	Ja, lätt	Ja, svår
... hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... synnedsättning där glasögon eller linser inte hjälper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... läs- och/eller skrivsvårigheter, dyslexi, dyskalkyli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ADHD, ADD, Tourettes eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... autism eller autismliknande problem, t ex Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... annan funktionsnedsättning. Vilken annan funktionsnedsättning har du? _____			

Hur ofta har du under de senaste 3 månaderna haft följande besvär?

Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Varje dag
Huvudvärk/migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i axlar/skuldror/nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsus/Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orolig sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psykisk hälsa

Hur ofta har du under de senaste 3 månaderna känt dig?

Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Varje dag
Stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orolig/ängslig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irriterad/arg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur du någon som du kan prata med om dina innersta känslor?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Under den senaste månaden, hur ofta har du känt...? (Endast åk 9 och år 2)

Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Aldrig	1 eller 2 gånger	1 gång i veckan	2-3 gånger i veckan	Nästan dagligen	Dagligen
...lycka/glädje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...intresse för livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dig nöjd/tillfredställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du har något viktigt att bidra med till samhället (t ex åsikter och idéer för att påverka skola, politik, familj, fritid, kultur till det bättre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du tillhör en gemenskap (t ex en grupp människor, din skola, ditt bostadsområde eller en förening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att vårt samhälle håller på att bli en bättre plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att människor i grunden är goda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att det sätt som samhället fungerar på verkar begripligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du gillar det mesta av din personlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du är bra på att ta ansvar för ditt dagliga liv (t ex vardagliga uppgifter hemma och i skolan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du har varma och tillitsfulla relationer med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du upplevt saker som fått dig att växa som person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du har självförtroende att ha dina egna tankar och åsikter och att du vågar uttrycka dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...att du är på väg någonstans i livet och att livet har en mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om föräldrarna

När vi ställer frågor om dina föräldrar menar vi de som du själv betraktar som dina föräldrar oavsett om de är dina biologiska föräldrar och oavsett hur många vuxna din familj består av.

Är någon av dina föräldrar födda utomlands?

- Nej, ingen föräldrer
- Ja, en eller flera föräldrar

Bor du med dina föräldrar?

- Ja, jag bor med båda mina föräldrar som bor tillsammans
- Ja, jag bor växelvis hos separerade föräldrar
- Ja, jag bor tillsammans med en förälder
- Nej

Känner du att du kan lita på någon av dina föräldrar när det verkligen gäller?

- Ja, alltid
- Ja, för det mesta
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

Är du orolig för din familjs ekonomi?

- Inte alls orolig
- Inte särskilt orolig
- Ganska orolig
- Mycket orolig

2. DIG OCH DIN SKOLA

Hur trivs du i skolan?

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt
- Mycket dåligt

Hur många dagar äter du skollunchen en vanlig vecka?

- Varje skoldag
- 3-4 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- Aldrig

Hur ofta har du lektioner med fysisk aktivitet där du blir andfådd/svettig?

Räkna in ämnet idrott & hälsa, pulspass, hälsoprofilspass och liknande lektioner

- Aldrig
- 1-2 dagar per vecka
- 3-4 dagar per vecka
- 5 dagar per vecka

Har du F eller streck (inget betyg alls) i några av dina ämnen?

- Nej, inte i något ämne
- Ja, i 1–2 ämnen
- Ja, i 3–4 ämnen
- Ja, i 5 eller fler ämnen

Brukar du skolka?

- Nej
- Ja, någon gång under terminen
- Ja, någon gång i månaden
- Ja, ett par gånger i månaden eller mer

Hur väl stämmer dessa påståenden in på dig och dina lärare?

Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Stämmer mycket bra	Stämmer bra	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer dåligt	Stämmer mycket dåligt
Jag vet vad jag behöver kunna för att nå målen i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har arbetsro på lektionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag vet vem på skolan jag kan prata med om jag känner mig otrygg eller har blivit illa behandlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kompisar i skolan som vill vara med mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig stressad över mitt skolarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever att skolarbetet känns meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har möjligheter att vara med och påverka hur vi ska arbeta i skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina lärare förväntar sig att jag ska nå målen i alla ämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever att mina lärare lyssnar på och respekterar mina åsikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du under de senaste 12 månaderna själv blivit utsatt för något av följande i skolan?

Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
Fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuella trakasserier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbning eller kränkande behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

Har du hört talas om FN:s konvention om barns rättigheter (barnkonventionen)?

- Ja
 Nej

Kan du ge några exempel på rättigheter du har enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen)?

Är du med i någon...

- ...idrottsförening? Ja Nej
...annan förening eller organisation? Ja Nej

Påverkan

Vilka möjligheter har du att föra fram dina åsikter till dem som bestämmer i kommunen?

- Mycket stora möjligheter
 Ganska stora möjligheter
 Ganska små möjligheter
 Mycket små/inga möjligheter
 Vet inte

Vill du vara med och påverka i frågor som rör din kommun?

- Ja.
 Nej

Vad vill du påverka?

Vilken eller vilka är anledningarna till att du inte vill vara med och påverka?

Framtiden

Hur ser du på framtiden ...?

Makrera med ett kryss på varje rad.

	Mycket ljus	Ganska ljus	Varken ljus eller mörkt	Ganska mörkt	Mycket mörkt
... för din personliga del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... för världen i stort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilken är den viktigast framtidsfrågan för dig personligen?

Vilken tycker du är den viktigaste framtidsfrågan för världen i stort?

4. TRYGGHET OCH UTSATTHET

Känner du dig trygg på följande ställen?

Makrera med ett kryss på varje rad.

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej
I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På väg till och från skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vid organiserade fritidsaktiviteter t ex inom idrotts- föreningar eller studiecirklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Känner du dig trygg utomhus i området där du bor?

Makrera med ett kryss på varje rad.

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej
På dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På kvällen/natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Känner du dig trygg ute på stan, på allmän plats?

Makrera med ett kryss på varje rad.

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej
På dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På kvällen/natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Känner du dig trygg på buss, tåg eller liknande?

Makrera med ett kryss på varje rad.

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej
På dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På kvällen/natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?

- Ja
- Nej

Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för kränkningar eller trakasserier via digitala medier t ex i online-spel, i chatforum, på sociala medier eller via sms?

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

Har du blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad, t ex slagen eller kränkt, av någon vuxen i din närhet?

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

Har du blivit utsatt för en sexuellt handling mot din vilja?

T ex att någon har tafsats på dig, tvingat dig ta på dem eller tvingat dig att ta på dig själv på ett sexuellt sätt.

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

5. LEVNADSVANOR

Fysisk aktivitet

Hur mycket rör du dig i snitt per dag, t ex går, cyklar, springer eller idrottar?

Räkna med all typ av rörelse, både när du blir svettig/andfådd och när du inte blir det.

- Mindre än 30 minuter
- 30-59 minuter
- 60 minuter eller mer

Hur ofta brukar du träna så att du blir andfådd/svettig?

- 7 gånger i veckan eller mer
- 3-6 gånger i veckan
- 1-2 gånger i veckan
- Någon eller några gånger i månaden
- Mer sällan eller aldrig

Hur mycket av den vakna tiden sitter du ner per dag?

- 10 timmar eller mer
- 7-9 timmar
- 4-6 timmar
- 3 timmar eller mindre

- Sitter eller ligger 10 timmar eller mer på grund av funktionsnedsättning

Hur många timmar brukar du sova per natt på vardagar?

- Mindre än 5 timmar
- 5-6 timmar
- 7-8 timmar
- 9-10 timmar
- Mer än 10 timmar

Matvanor

Hur ofta brukar du äta grönsaker?

- En gång i veckan eller mer sällan
- Några gånger i veckan
- En gång per dag
- Mer än en gång per dag

Hur ofta brukar du äta frukt eller bär?

- En gång i veckan eller mer sällan
- Några gånger i veckan
- En gång per dag
- Mer än en gång per dag

Hur ofta brukar du dricka läsk eller energidryck?

- En gång i veckan eller mer sällan
- Några gånger i veckan
- En gång per dag
- Mer än en gång per dag

Hur ofta händer det att du hoppar över följande måltider?

Markera ett svarsalternativ på varje rad.

	Sällan eller aldrig	Någon eller några ggr i mån	En gång i veckan	Flera ggr i veckan	I stort sett varje dag
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag/kvällsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spel (Endast åk 9 och år 2)

Har du någon gång spelat om pengar?

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

När du spelat om pengar, vilket/vilka spel har du spelat?

Tobak

Röker du?

Med rökning menar vi cigaretter, e-cigarett, vape, vattenpipa eller liknande.

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har slutat röka
- Ja, jag röker någon gång ibland
- Ja, jag röker dagligen

Vad röker du dagligen?

Här kan du markera flera alternativ.

- Cigaretter
- E-cigarett/Vape eller liknande
- Vattenpipa
- Annat, vad? _____

Snusar du?

- Nej, jag har aldrig snusat
- Nej, men jag har provat
- Nej, jag har slutat snusa
- Ja, jag snusar någon gång ibland
- Ja, jag snusar dagligen

Alkohol

Med "alkohol" menar vi folköl, mellan-/starköl, starkcider, alkoholisk vin, starkvin och sprit men inte drycker under 2,8%, t ex lättöl eller svag cider.

Har du någon gång druckit alkohol?

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

Vilken sorts alkohol har du druckit? (Endast åk 9 och år 2)

T ex folköl, alkoholisk vin.

AUDIT-C

Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit alkohol?

- Varannan månad eller mer sällan
- Ungefär en gång i månaden
- 2–4 gånger i månaden
- 2–3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller mer

Med ett "glas" menas:

50 cl (en burk) folköl 33 cl (liten flaska) starköl/starkcider/alkoläsk 1 glas rött eller vitt vin 1 litet glas starkvin t.ex. Marinella, Martini 4 cl sprit t.ex. vodka, rom, whiskey



En "stor" starköl eller starkcider
= 1½ glas

Hur många "glas" (se exempel ovan) dricker du en typisk gång då du dricker alkohol? (Endast åk 9 och år 2)

- 1–2 "glas"
- 3–4 "glas"
- 5–6 "glas"
- 7–9 "glas"
- 10 "glas" eller fler

Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller fler vid samma tillfälle? (Endast åk 9 och år 2)

- Aldrig
- Varannan månad eller mer sällan
- Ungefär en gång i månaden
- 2–4 gånger i månaden
- 2–3 gånger i veckan eller mer

Har du någon gång druckit så mycket alkohol att du känt dig full? (Endast åk 7)

- Ja
- Nej

Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit så mycket alkohol att du känt dig full/berusad? (Endast åk 9 och år 2)

- Aldrig
- Varannan månad eller mer sällan
- 1 gång per månad
- 2–3 gånger per månad
- Någon eller några gånger per vecka

Har du blivit skadad eller råkat illa ut på grund av att du druckit alkohol? (Endast åk 9 och år 2)

Text olyckor, bråkat med vänner/föräldrar, slagits, haft oönskat/loskyddat sex, blivit bestulen, rånad, förlorat värdesaker.

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

Narkotika och dopning

Med narkotika menar vi hasch, marijuana, spice eller liknande rökmixer, amfetamin, kokain, LSD, GHB, ecstasy och andra narkotikaklassade preparat.

Har du någon gång använt narkotika? (Endast åk 9 och år 2)

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

Hur många gånger har du använt...? (Endast åk 9 och år 2)

Markera ett svarsalternativ varje rad.

	Ingen gång	1 gång	2–10 gånger	Mer än 10 gånger
Cannabis (Hasch/marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du någon gång använt anabola steroider eller liknande preparat? (Endast åk 9 och år 2)

- Nej
- Ja

Attityder

Ta ställning till följande påståenden:

Markera ett svarsalternativ varje rad.

	Håller med helt	Håller delvis med	Är varken för eller emot	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
Det är bra att användandet av narkotika är olagligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är OK att använda cannabis (hasch/marijuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vad skulle du tycka om din bästa kompis skulle göra följande:

Markera ett svarsalternativ varje rad.

	Det är inte OK	Är neutral	Det är OK
Röka cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dricka sig full	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röka cannabis (marijuana eller hasch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda anabola steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäla från andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använda våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. TILL SIST...

Vad tyckte du om frågorna som du svarat på?

- De flesta kändes meningsfulla
- Några kändes meningsfulla
- Knappt någon kändes meningsfull

Har vi missat någon fråga som är viktig för dig eller har du några andra synpunkter på enkäten?
