

Samtal om sexuell hälsa och erfarenhet av våld

Dessa frågor ställs för att kunna ge bättre vård och stöd. Att svara är frivilligt, du väljer själv vilka frågor du vill svara på och vilka svarsalternativ som stämmer bäst på dig.

1. Hur gammal är du?	_____ år				
2. Vilket kön har du? Med kön menar vi könsidentitet, det kön du själv känner dig som.	Kvinna <input type="checkbox"/>	Man <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/> _____	Vet inte <input type="checkbox"/>	
3. Vilken sexuell orientering har du?	Heterosexuell <input type="checkbox"/>	Homosexuell <input type="checkbox"/>	Bisexuell <input type="checkbox"/>	Annan <input type="checkbox"/> _____	Vet inte <input type="checkbox"/>
4. Hur bor du?	Med förälder/ vårdnadshavare <input type="checkbox"/>	Med kompis/ partner <input type="checkbox"/>	I familjehem/ på HVB <input type="checkbox"/>	Ensam <input type="checkbox"/>	Annat sätt <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta har du druckit alkohol under det senaste året?		Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mindre <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2 gånger i veckan eller mer <input type="checkbox"/>
6. Har du använt droger? Cannabis, amfetamin, heroin, LSD, anabola steroider, poppers eller annan drog.			Aldrig <input type="checkbox"/>	Ja, för mer än ett år sedan <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

7. Är det någon som har begränsat eller kontrollerat dig när det gäller t.ex. val av partner, umgänge, klädsel eller fritidsaktiviteter?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
8. Har du själv begränsat eller kontrollerat någon annan enligt ovan?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
9. Har du varit utsatt för fysiskt och/eller psykiskt våld? Fysiskt våld är t.ex. att bli slagen, sparkad, knuffad eller skadad på annat sätt. Psykiskt våld är t.ex. att bli kränkt, förnedrad, hotad, trakasserad eller mobbad. Psykiskt våld kan även ske via mobil eller dator. Flera svar möjliga.		Ja, fysiskt våld <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
		Ja, psykiskt våld <input type="checkbox"/>		
10. Har du själv utsatt någon annan för fysiskt och/eller psykiskt våld enligt ovan?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
11. Har du varit utsatt för något av följande mot din vilja? Gäller även via mobil eller dator.				
- sett någon blotta sig, att någon tafsats på dig, tagit emot eller skickat avklädda bilder		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
- onanerat åt någon eller haft vaginalt-, oralt- eller anal sex		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
12. Har du själv tafsats, skickat eller krävt avklädda bilder, eller utfört någon annan sexuell handling mot en persons vilja?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>
13. Har du under din uppväxt upplevt att någon i din familj utsatts för psykiskt, fysiskt, eller sexuellt våld?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>

Att ha sex kan – men behöver inte – betyda att man hade ett samlag vaginalt, oralt eller analt. Sex kan vara alla möjliga saker, som till exempel att onanera med någon annan, hängla, smeka eller bli smekt. Det kan ske när man träffas fysiskt men **också via mobil eller dator**. Du bestämmer själv vilket tillfälle som var den första gången för dig.

Om du inte haft sex med någon så är du nu klar med frågeformuläret.

14. Hur gammal var du första gången du hade sex med någon?						_____ år
15. Hur många personer har du haft sex med under det senaste året? Gäller även via mobil eller dator.						_____stycken
16. Hur ofta använder du och dina partners kondom eller slicklapp som skydd mot könssjukdomar?			Alltid <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>	
17. Hur ofta använder du eller dina partners skydd mot graviditet?	Alltid <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>	
18. Har du, eller har du haft klamydia, gonorré, syfilis, hepatit eller hiv?			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>	
19. Har du eller någon partner blivit oplanerat gravid?			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>	
20. Har du använt sex för att avsiktligt skada dig själv eller för att hantera jobbiga känslor? Gäller även via mobil eller dator.			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>	
21. Har du fått ersättning eller betalning för sexuella tjänster? Gäller även via mobil eller dator. Ersättning kan t.ex. vara pengar, alkohol, cigaretter, droger, boende, mat, saker, resor m.m.			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>	
22. Har du gett ersättning eller betalat för sexuella tjänster i Sverige eller utomlands? Gäller även via mobil eller dator.			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet inte <input type="checkbox"/>	

Skriv gärna ned egna funderingar som du vill att vi pratar om:

Personalens anteckningar

(flera svar möjliga)

A	B	C	D	E	F	G	H	Bokat besök	Drop-in/ obokat besök
<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"/>	<input type="checkbox"/>