

Om
OPPPFØLGING
og
JOURNALFØRING
og
DOKUMENTASJON
TIL POLITI

hn Nklm 2019



Agenda

- Innledning
 - Hvorfor oppfølging
 - Oppfølging for helse
 - Oppfølging for rettsapparatet
- Om journalskriving
- Om formuleringer erklæringer
- Case

Oppfølging kan avdekke somatikk, eks :

- SOI, candida, underlivsplager
- Smerter og inkontinens etter overstrekning analt
- Bloduttredelser som blir synlige etter hvert
- Komplikasjoner til vold mot hals og hode
- Komplikasjoner til vold mot thorax
- Anorexiforverrelse som krever somatisk intervensjon

Oppfølging kan avdekke psykisk, eks :

- Eskalerende etterreaksjoner – behov for henvisning
 - Vansker jobb, skole, nettverk, bolig, økonomi
 - Depresjon, suicidalitet, selvskading
 - Uheldig rusbruk
 - Uteblivere som har spesielle behov
- men og at mange klarer seg selv etter intervensjon
aktiv innhenting og psykoedukasjon viktige element

for å

nevne noe...

Oppfølgingsinformasjon viktig for politiet - og mht voldsoffererstatning

- Negative konsekvenser er straffeskjerpene
- Førstegangundersøkelsen er et øyeblikksbilde
- Første måneders forløp gir klarere bilde av konsekvensene
 - pekepinn mht fortsettelsen
 - «impact of event»
- Rettsapparatet har i utgangpunktet lite kunnskap om feltet
 - mulighet til å adressere myter

Hvorfor skrive journal?

Pasienten skal få best mulig hjelp

- Lovpålagt plikt i følge Helsepersonell loven
- Arbeidsredskap i pasientbehandlingen
- Grunnlag for rettsmedisinsk protokoll/
legeerklæring for politi og retten til bruk i straffesak.

Hvorfor skrive journal?

Arbeidsredskap og kommunikasjonsverktøy

- Basis for behandling og oppfølging
- En selv og annen kollega som overtar, må kunne forstå
 - Hva som tidligere er vurdert
 - Hvorfor det er vurdert slik
 - Plan for videre behandling
- Basis for henvisning videre

Hvordan skrive journal?

- Objektivt
- Nøkternt
- Informasjon nok til å kunne oppfylle
 - Dokumentasjonsplikt
 - Arbeidsverktøy
 - Rettsmedisinsk protokoll / dokumentasjon

STATUS

FØRSTEGANGSUNDERSØKELSE

**Både lege og spl bør dokumentere,
Både v mottakssamtalen og us
Beskriv ev ruspåvirkning klinisk**

Pasientens adferd endres ofte i løpet av kontakten.

Noter:

- Pasientens utsagn om reaksjoner
- Det som observeres;

kroppstrening, blikkontakt, stemmeleie, langsom -rask tale, forklaringsevne (sammenhengende - springende, ordrik- fåmælt) mm.

Forflere tips - se legevakthåndboken
Språk ev tolkebehov.

- Obs suicidalitetsrisiko

Stor variasjon i akuttbildet-
fra forstenet, til rolig og samlet, til preget, kaotisk

Vær bevisst mht hva du observerer og hva undersøkte angir

PASIENTENS TILSTAND VED UNDERSØKELSEN

	Angitt av pasient	Observ.		Angitt av pasient	Observ.
Følelsesmessig kontroll			Blekhet		
Fjern, vanskelig å få kontakt med			Skjelvinger		
Apatisk			Frysninger		
Mimikkfattig			Kaldsvette		
Innskrenket oppfatningsevne			Kvalme/brekninger		
Husker lite			Magesmerter		
Trett/siltet			Pustevansker		
Deprimert, trist			Kvelningsfølelse		
Gråt			Svimmelhet		
Rastløs/urolog			Hjertebank		
Angir frykt / angstpreget			Smarter, hvor:		
Skvetten					
Uttrykker sinne / er aggressiv			Annet		
Umotivert latter			Tegn på rus:		
Usammenhengende fremstilling			Lukt		
Sjokkpreget			Snøvierte tale		
Skiltnehetsfølelse			Samtale vanskelig		
Smittetrykk			Sløv		
Traumegenopplevelse			Ustø gange		
Uvirkelighetsopplevelse			Oppgiret, "hey"		

Puls	Høyde (ev selvrappertert)	presiser om det er målt ei selvrapp!
Blodtrykk	Vekt (ev selvrappertert)	
Pupillstørrelse	Tp	gr

VIKTIG RUBRIKK:

UTFYLLENDE BESKRIVELSE AV PASIENTENS TILSTAND

Legg vekt på psykiske og fysiologiske stressreaksjoner, samt hva pasienten angir om tilstanden i tiden etter angitt overgrep. Hvis observasjoner fra flere personer, presiser hvem som har observert hva.
Beskriv ev synlige tegn på rus/legemiddelpåvirkning.
Beskriv også ev kommunikasjonsvansker pga språk/annet.

Beskriv i ord det som er observert og angitt, fra første helsepersonell kontakt som er dokumentert (eks ambulans transportjournal).

De ulike personers observasjoner resymeres for seg ettersom de kommer inn i bildet – eks ambulansen – mottagende sykeleier – lege – etter undersøkelse; da får man frem hvordan den undersøkte kan variere i adferd ila tiden man har kontakt . Spl observasjoner kan for eksempel markeres m "S" i skjema, legens med "X" – forklar dette i tekst !

Rustegn beskrives grovt, jfr avkrysningsrubrikkene

Journalføring fra oppfølging

- Hva sies/ undersøkes mht somatiske konsekvenser
- Pasientens spontane utsagn om psykososialt etterforløp
- Sjekk mht vanlige reaksjoner, ev bruk screening
- Nettverk, jobb, skole
- Status/fremtreden
- Vurdering/tiltak

- Obs på negativ utvikling; hverdagsfunksjoner, rus, isolasjon, selvskade, suicidalitet, spiseforstyrrelse

Hvordan beskrive; fra Legevakthåndboken

- **Utseende og atferd**

Pasientens påkledning og oppførsel: Velkledd, uflidd, skitten?

Kontakt: Vennlig, god kontaktevne, god øyekontakt, fiendtlig, likegyldig, sitter rolig, rastløs, ufrivillige bevegelser?

Verbal eller fysisk aggressivitet?

- **Bevissthetsnivå**

Normalt, somnolent, komatøs, agitert, forvirret?

Oppmerksomhet og konsentrasjonsevne: normal/nedsatt/varierende?

Kliniske tegn til rus i tale/ adferd/ bevegelser ?

- **Stemningsleie**

Senket: Personen er trist, nedstemt, oppgitt eller føler håpløshet.

Hevet: Personen er oppstemt, urolig, pratsom, energisk eller kritikkløs.

(taleflom kan være ledd i stressreaksjon)

Adekvat: Humøret er i overensstemmelse med livssituasjonen.

Inadekvat: Humøret er ikke i overensstemmelse med livssituasjonen.

Andre: Irritabel? Grenseløs? Ukritisk? Energisk?

Hvordan beskrive, forts

Hukommelse og orientering

Orientert for tid sted situasjon

Tale og tankeprosesser

Forklaringsevne: sammenhengende eller usammenhengende, holder tråden i samtalen – holder tråden i historien?

Tempo: Normalt, latens for svar, blokkeringer, går i stå.

Taleflom: Tanker, idéer og assosiasjoner oppstår i raskt tempo. Rask, rikelig, eventuelt også usammenhengende, tale. (Typisk ved mani.)

Redusert tankehastighet og tale: Subjektiv opplevelse av langsom eller ukonsentrert tankeproduksjon. Langsom tale med hyppige og lange pauser. (Forekommer ved depresjoner.)

Latenstid: Lang tid fra et spørsmål er stilt, til pasienten svarer. (Forekommer blant annet ved psykoser.)

Løse assosiasjoner: Raske temaskifter uten logiske sammenhenger. (Typisk ved psykose, noen ganger ved mani.)

Tankeinnhold:

Omfatter bekymringer eller idéer som fyller pasientens tankeverden og tid. Vurder om det foreligger: tvangstanker, tvangsforestillinger, persensjonsforstyrrelser

Momenter i beskrivelse, etter overgrep

Stemningsleie

Etter psykisk traume sees ofte tegn på økt beredskap/ vaksomhet, eks skvettenhet, uro; det kan være kaving i forsøk på å mestre eller handlingslammelse, adekvat opptreden vs velfungering som kamuflerer underliggende sjokkreaksjon, Vidt spekter!

Hukommelse og orientering

Husker pasienten alt? Hukommelse kan påvirkes ved psykisk overveldelse, rus, hodeskade, bevissthetstap (eks ved halsgrep). Pasienter er ikke alltid klar over at de har hatt bevissthetstap.

Tale og tankeprosesser

Forklaringsevne: usammenhengende forklaring av historien kan være tegn på overveldelse i situasjonen.

Taleflom: kan være utslag av stress , rus, forsøk på å mestre

Latenstid: kan være utslag av vedvarende psykisk sjokk / atoni

Tankeinnhold:

Sjekk alltid hva er pasientens hovedbekymring for stunden

Ad oppfølgingsinfo til rettsapparatet - som ønsker medisinsk hjelp til å avklare:

- Hendelsesforløp (hva forklart til oss, slik vi oppfatter det)
- Vold, tvang, overvinnelse (skader, **tegn på frykt/ underlegenhet**)
- Ev nedsatt motstandsevne (**eks rus, handlinglammelse, fys/ psyk handicap**)
- Seksuell kontakt (skader, biologiske spor/ DNA)
- Farlighet/ skadealvor (og **farevurdering** om nær relasjon)
- **Psykisk status**
- **Konsekvenser ; smitte, fysiske og psykiske følger**

Dette er relatert til lovparagrafene som det kan tas ut tiltale for

Oppfølging til politiet – hvor mye og hvordan informere?

- **Somatiske konsekvenser må fremkomme**

Ad infeksjonsprøver ved tidlig us - presiser vs politi;

- at førstegangsprøvene angir helsetilstand forut for hendelse, og at endelig vurdering mht ev smitte ved hendelse først kan skje etter kontrollsvar foreligger.

- hvor får pasienten tatt de nødv kontrollene?

- førstegangspåvist klamydia/ GC ved pcr kan være smitte som forelå før hendelse, men kan også være nypåført smitte

Ad ev påfølgende problem fra underliv / endetarm;

- etterspør, dokumenter og vurder viderehenvisinger.

(fagfeltet trenger mer kunnskap om analfunn og – konsekvenser)

- **Psykisk status og konsekvenser; bør fremkomme;**

Det diskuteres: hvordan presentere, hvor mye, hvor mye tolkning/ vurdering kan forventes av vanlige leger.

Dokumentasjon og vurdering av psykososial tilstand forløp

Mykdata - kan understøtte at pasienten har vært utsatt for en belastende / traumatisk hendelse.

Godt akkurat svært opptatt av dette. Siteres ofte i dommene.

Presiser gjerne: Vår vurdering er basert på alminnelig legeskjønn, for mer inngående vurdering bør rekvirenten be om spesialist vurdering.

I vurderingen:

- Sammenholde med hva man vanlig ser hos personer som søker overgrepsmottak.

- Trekke frem vanlige traumereaksjoner som er journalført:

eks blanding uro /reaksjoner og samlethet, uvirkelighetsfølelse, påvirket hukommelse, skyldfølelse - i oppfølgingen søvnevansker mareritt, gjenopplevelser, humørsvingninger, irritabilitet, unngåelsesreaksjoner, konsentrasjons- og hukommelsesvansker etc

- og det noe mer so spesifikke; eks skam, smittefrykt, frykt for gjerningsperson

Ad psykiske reaksjoner ; eks på hva vi bør forklare rettsapparatet

Samlet, lite reaksjoner betyr ikke nødvendigvis at pas er uaffisert, at det ikke koster

Mye reaksjoner bør ikke bare bortforklares ved eks rus /hysteri eller tidligere traumer / vansker

Inkonsistenser mellom forklaringer på ulike tidspunkt kan skyldes:

traumereaksjoner, som eks

- kikkertsyn; fokus på enkeltdetaljer
- endret tidsopplevelse
- fortrenging

Utelatelser i forklaring pasienter kan si det som er nødvendig for å få hjelp, er ikke pliktige til å fortelle oss hele sannheten

- kan ha behov for å dekke over skam- og skyldfølelse
- det mest skamfulle kommer til sist, når trygg

Ad psykiske reaksjoner, eks på hva vi bør forklare

Tidligere belastninger ofte vanskelig å skille reaksjoner på gammelt og nytt, men det alvorlige er at en ny belastning kan forvanske rehabiliteringen mht det tidligere

Gjentatt utsatthet vanlig

Problematisk adferd søke forklare hvorfor de kan være slik

Forklare at både adferd akutt og forløpet utviser store variasjoner, men noen tema går igjen

Få frem ressurser

Hvordan formidle medisinsk kunnskap

- Gjelder både fysiske og psykiske forhold
- Ikke «internt» fagspråk, forkortelser og slang
- Gå ut fra at vår basalkunnskap ikke er allment kjent
 - anatomi
 - funksjon
 - farmakologi og legemidler
 - traumereaksjoner
- Regn med at myter og misforståelser finnes

Eva akutt

Undersøkte er en 18 år ung kvinne som undersøkes få timer etter angitt seksualovergrep

Hun er ved ankomst *gråtende, oppløst*, forklarer seg *noe usammenhengende*, virker tidvis *fjern*, angir *uvirkelighetsfølelse, smittefrykt, skyldfølelse, krenkelse*, er *redd for ikke å bli trodd*. Hun forteller at hun i situasjonen følte hun *ble passiv/lammet* og at flere av vennene la skylden på henne.

Ved de medisinske undersøkelser er hun *roligere, gir blikkontakt*, svarer på spørsmål, kommer tidvis *på gråten*, eks når hun formidler at hun tror foreldrene ikke vil støtte henne. *Samarbeider godt*. Hun *bekymrer seg* for hvordan det kommer til å bli på skolen fremover. Hun sykmeldes fra sin ekstrajobb, får erklæring til skole om tilrettelegging pga nedsatt ytelsesevne.

Eva oppfølging

Undersøkte har i alt møtt til åtte rådgivningssamtaler og tre medisinske oppfølginger i løpet av de første fire mndr etter hendelse.

De første måneden rapporterte hun om *store søvnevansker; innsovning, oppvåkninger og mareritt. Invaderende gjenopplevelser/bilder* fra hendelsen. *Nedsatt appetitt*, kjente seg *trist, redd, konsentrasjonsvansker*, klarer ikke gå tilbake på skolen, føler seg *ensom, sveket* og har *selvmordstanker*, men ikke -planer. Tendens til selvskading.

Kjenner seg også *skvetten og på vakt*.

Bestemmer seg etter hvert for å anmelde.

Opplever ikke støtte, verken fra venner eller foreldre, kjenner på tap og savn.

Eva oppfølging II

Etter 2-3 måneder rapporterer hun *noe bedring*; bedre søvn, bedre konsentrasjon, *mer kontroll*, har gode dager innimellom, ser mer fremover. Men kjenner fortsatt *skam, tap av ære, føler skyld*.

Bedre relasjon til foreldre.

Føler det *vanskelig at saken ble henlagt* av politiet.

Mot slutten av oppfølgingsperioden er hun i klar bedring, har fortsatt en del av de samme etterreaksjonene, men har mer kontroll når disse blir sterke, behersker hverdagen, ser fremover. Skal begynne på ny skole til høsten, er kommet i jobb igjen.

Eks Eva vurdering I

Undersøkt reaksjonsmønster ved førstegangsundersøkelsen og ved oppfølgingen kan være forenlig med at hun har vært utsatt for en traumatisk hendelse. Andre utløsende/medvirkende årsaker kan ikke utelukkes.

Reaksjoner som er satt i kursiv i det foregående, er reaksjoner som observeres/rapporteres av mange som søker overgrepsmottak:

Ved førstegangsundersøkelsen er det vanlig å se en blanding av samlethet og reaksjoner som gråt, fjernhet, usammenhengende forklaring, skyldfølelse, uvirkelighetsfølelse - dette er vanlige reaksjoner på traumatiske hendelser.

Reaksjoner som krenkelse, skam, smittefrykt, frykt for ikke å bli trodd forekommer ofte ved integritetskrenkende hendelser.

I etterforløpet av traumatiske hendelser rapporteres ofte søvnevansker, mareritt, gjenopplevelser, økt vaktomhet, unngåelsesreaksjoner, konsentrasjons- og hukommelsesvansker.

Selvmordstanker er ikke uvanlig og tilsier behov for god oppfølging.

I saker hvor overgrep begås av en person som tilhører samme nettverk kan nettverket dele seg mht hvem de støtter, noe som øker belastningen.

Støtte i nært nettverk er vesentlig for rehabiliteringen.

Hos personer som tidligere har vært utsatt for større belastninger, og som så utsettes for en ny belastning, ser man ofte at reaksjonen på det tidligere kan reaktiveres; reaksjonene på det tidligere og det nye kan gjensidig forsterke hverandre. En nybelastning vil ofte forvanske rehabiliteringen ifht det tidligere.

Eva vurdering II

I denne saken ser man en klar bedringsprofil gjennom oppfølgingsperioden., Det anses viktig i positiv retning at relasjonen til foreldrene bedres og at hun kommer i gang med arbeids- og skolesituasjonen. Skolegangen har imidlertid blitt ett år forsinket.

Det anses også positivt at hun har møtt til alle avtaler og synes ha nyttiggjort seg samtaletilbudet.

I forhold til en belastning som omtalt, er likevel oppfølgingsperioden så kort at man vanskelig kan estimere noe sikkert om langtidsforløpet.

Generelt vet man at det er stor variasjon mht etterforløp etter overgrep. Noen har mye reaksjoner initialt hvilke kan avta med tiden. Andre kan ha lite initialt og utvikle mer etter hvert, mens noen forblir på lavt nivå. Mange erfarer betydelige svingninger i lang tid (måneders og år). Unge mennesker vil gjerne glemme for å gå videre i livet – men noen av disse kan få behov for å gå mer bearbeidende inn i hendelsen på et senere tidspunkt.