

Sett inn relevant logo for institusjonen

KLINISK RETTSMEDISINSK LEGEERKLÆRING TIL BRUK I STRAFFESAK

OVERGREPSMOTTAKET I _____

Unntatt offentlighet

Offl. § 13 1.ledd jf. fvl. § 13.1

Undersøktes navn:

Fødselsdato:

Rekvirent: _____ politidistrikt ved _____

Politiets anmeldelsesnummer:

Overgrepsmottakets saksnummer:

Erklæring skrevet av:

Erklæring dato:

Kopi: Den rettsmedisinske kommisjon

Innholdsfortegnelse

1	Formalia.....	3
1.1	Mandat	3
1.2	Sakkyndiges kvalifikasjoner og habilitet.....	4
1.3	Dokumentasjonsgrunnlag, metode og fremgangsmåte.....	5
2	Omstendigheter ved førstegangsundersøkelse og eventuelle senere kontakter	6
3	Undersøktes beskrivelse av hendelse	7
3.1	Hendelsesforløp slik undersøkende personell har oppfattet det	7
3.2	Opplysninger om relasjon til gjerningsperson(er), eventuell tidligere vold fra samme person(er) og voldens utvikling:.....	9
3.3	Relevante helseopplysninger oppgitt av undersøkte:.....	9
4	Generell kroppsundersøkelse.....	11
4.1	Fysisk tilstand	11
4.2	Funn ved generell kroppsundersøkelse	12
5	Undersøkelse av kjønnsorgan og kroppsåpninger	14
5.1	Om undersøkelsen.....	14
5.2	Funn ved undersøkelse av kjønnsorgan og kroppsåpninger	15
6	Rusmiddelanalyser	17
7	Sikret materiale	18
8	Resymé relevante medisinske prøver, sykemelding og henvisning	19
9	Om psykisk tilstand ved førstegangsundersøkelse og oppfølging	20
9.1	Psykisk tilstand ved førstegangsundersøkelse	20
9.2	Oppfølging etter førstegangsundersøkelse.....	20
10	Diskusjon og vurdering av funn i henhold til mandat	21
10.1	Diskusjon og vurdering av funn ved generell kroppsundersøkelse.....	21
10.2	Diskusjon og vurdering av funn ved kroppsåpninger:.....	25
10.3	Diskusjon og vurdering vedrørende hukommelse	27
10.4	Diskusjon og vurdering vedrørende psykisk tilstand.....	28
11	Oppsummering og konklusjon	29
11.1	Vedlegg:.....	30

1 Formalia

1.1 Mandat

VEILEDNINGSTEKST

Oppdragsgiver **skal** gi skriftlig anmodning om legeerklæring med et mandat.

Der anmodningen inneholder et spesifikt mandat, gjengis dette som hovedregel i sin helhet og ordrett.

Dersom anmodningen om legeerklæring ikke inneholder et spesifikt mandat, eller dette er uklart, anbefales å kontakte politiet for avklaring.

Dersom man kun får et generelt mandat uten spesifiserte/konkrete spørsmål som skal besvares, bør man definere hvilken ramme man legger til grunn for vurderingene i legeerklæringen, eksempelvis slik: «Siden det ikke foreligger spesifiserte spørsmål i mandatet vil man i vurderingene klassifisere funn og angi mulig skademekanisme (stump, skarpt traume etc.) og ev. vurdere farlighet på generelt grunnlag».

VEILEDNINGSTEKST

Etter at mandatet og spørsmålene det inneholder er gjengitt i erklæringen, redegjør man kort for hvordan man vil besvare mandatet.

Dersom mandatet er generelt formulert og ikke spesifisert til konkrete spørsmål bør man definere rammer og momenter dekket (se eksempel ovenfor).

Momentene som nevnes i eksempelformuleringene nedenfor bør inngå i de fleste erklæringer fra overgrepsmottak, men tilpasses hver enkelt sak.

EKSEMPEL FORMULERING

Mandatet besvares gjennom følgende hovedpunkter i legeerklæringen (gjelder også der man kun har et generelt, uspesifisert mandat):

- Undersøkt forklaring slik personellet oppfattet den legges til grunn som omstendigheter ved hendelsen.
- Funn ved generell kroppsundersøkelse vurderes mot omstendigheter i forklaringen.
- Funn ved kroppsåpninger vurderes mot omstendigheter i forklaringen.
- Observasjoner, undersøkelsesfunn og vurderinger gjort av personellet ved konsultasjonene, samt angitte symptomer/plager fra undersøkte legges til grunn for vurdering av fysisk og psykisk helsetilstand og forløp. Dette sammenholdes bl.a. med hva vi ellers erfarer om traumereaksjoner og forløp.
- Det gjøres rede for prøvetaking, foreliggende analyseresultater, sykemeldinger og andre relevante forhold.

REDEGJØRELSE FOR FRITAK MÅ ALLTID MED!

Fritak fra taushetsplikten:

Fritak fra taushetsplikten foreligger, datert_____.

Fritaket *spesifiserer / spesifiserer ikke* om det omfatter svar på rusmiddelanalyser.

Fritaket *spesifiserer/ spesifiserer ikke* om det omfatter svar på medisinske prøver.

Fritaket *spesifiserer / spesifiserer ikke* om det omfatter utlevering av fotodokumentasjon av funn ved kroppspåpninger.

Fritaket *spesifiserer / spesifiserer ikke* om det omfatter utlevering av pasientjournalopplysninger fra psykososial oppfølging etter aktuelle hendelse.

Undersøkte *har vist / har ikke vist* legitimasjon ved førstegangsundersøkelsen.

Det er *tatt/ ikke tatt* fotografi av undersøktes ansikt i identifiseringsøyemed.

VEILEDNINGSTEKST

Følgende presisjon er viktig, som en kommentar til mandatet og til vår fremgangsmåte for å besvare mandatet. Det er vesentlige forskjeller mellom pasientjournalopplysninger og politiets avhør. Avhør hos politiet er detaljert, og de spør flere ganger om de samme tingene og dobbeltsjekker opplysningene. Politiet er vant til å forholde seg til forklaringer som er skrevet ned og der den som avhøres leser igjennom i etterkant, ofte sammen med advokat og signerer på at det som står der er riktig oppfattet. Dette står i kontrast til både vårt anamneseopptak og annen tekst i en pasientjournal (der vi blant annet unngår for mye detaljer og gjentakelser akutt for å ikke skade pasienten). I pasientjournaler er anamnesen ofte et sammendrag av det som kommer frem i en samtale samt rettet mot behandling og oppfølging av pasienten.

EKSEMPEL FORMULERING

Opplysningene i dokumentasjonsgrunlaget er innhentet og nedtegnet av helsepersonell slik de oppfattet dem og for deres spesifikke formål, og er ikke et avhør. Undersøkte har ikke lest gjennom undersøkelsesprotokollen, pasientjournalen eller sin beskrivelse av hendelse slik den der er gjengitt her. Den nedtegnede informasjon om hendelsesforløpet må derfor anses som foreløpig og ufullstendig. Man er ikke kjent med motpartens/vitners forklaring.

Dersom ___politidistrikt har annen informasjon eller ønsker spesielle punkter/ momenter nærmere vurdert, kan rekvirenten stille et oppfølgende, mer spesifisert mandat i saken (tilleggsmandat).

1.2 Sakkyndiges kvalifikasjoner og habilitet

VEILEDNINGSTEKST

Etter legens navn og arbeidssted setter man inn et kortfattet resyme om hvilken utdanning og yrkeserfaring man har og som er relevant for sakkyndigoppdraget.

Den/de legene som utformer erklæringen beskriver sin profesjonelle befattning med den aktuelle undersøkte. Det er anbefalt at sakkyndig ikke har eller har hatt behandlingsrelasjon til den undersøkte. Det er likevel ikke nødvendigvis diskvalifiserende med tanke på habilitet dersom legen har hatt en behandlingsrelasjon til den undersøkte man skal vurdere i saken, men man må oppgi hvilken behandlerrelasjon man har/hadde, slik at påtalemyndighetene og retten kan vurdere dette. Oppdragsgiver som har utstedt mandatet kan eventuelt forespørres ved tvil.

Andre forhold som inngår i en habilitetsvurdering er slektskap, økonomiske forhold eller avhengighetsforhold (f.eks. en overordnet på jobb).

Dersom kjent, er det fint å ha med beskrivelse av kvalifikasjoner til undersøkende lege og annet personell hvis dokumentasjon benyttes som grunnlag i saken. Ofte vil det være mest gjennomførbart å inkludere kvalifikasjoner til undersøkende leger/helsepersonell ved mottaket på gruppenivå, f.eks. en tekst om at leger/helsepersonell som utfører førstegangsundersøkelsen og/ eller videre

oppfølging har gjennomført spesialopplæring i mottak, eks. undersøkelse og dokumentasjon av overgrepssutsatte (kurs fra NKLM, DNLF, lokale kurs etc.) Slik beskrivelse av helsepersonellens kvalifikasjoner kan ev. inkluderes i en generell beskrivelse av overgrepsmottaket som vedlegg (Se også punkt 1.3. nedenfor.

EKSEMPEL FORMULERING

Legeerklæringen er utarbeidet av (navn) _____

Dr ___ er autorisert lege siden _____ og har

Dr _____ har/ har ikke vært undersøkende lege og/eller undersøktes behandler ved førstegangsundersøkelse og oppfølging, har ikke personlig kjennskap til undersøkte fra tidligere, og vurderer at det ikke foreligger generelle habilitetskonflikter.

1.3 Dokumentasjonsgrunnlag, metode og fremgangsmåte

VEILEDNINGSTEKST

Her redegjør man for hvilken dokumentasjon man har hatt tilgjengelig.

Dette vil være journalnotater fra undersøkelse og ev. oppfølging, skisser, sporsikringskjema, fotodokumentasjon, og prøvesvar. Her er det relevant å angi hvilken del av grundokumentasjonen man selv ev. har utarbeidet, f.eks. journal fra førstegangsundersøkelse dersom man har undersøkt selv.

Dersom man får tilsendt dokumentasjon fra politiet (avhør, anmeldelse osv.) må dette også gjøres rede for (hvilke dokumenter man har fått og hvordan disse er benyttet som grunnlagsdokumentasjon).

Som regel foregår førstegangsundersøkelse samlet, men av og til over noen dager, f.eks. der pasienten har vært innlagt eller velger å ta undersøkelsen i porsjoner. Der man har oppfølging ved overgrepsmottaket skal også dokumentasjon fra denne inngå.

Hvis pasienten har blitt videre henvist til supplerende undersøkelser og/ eller behandling og oppfølging, f.eks. røntgen eller kirurgisk poliklinikk, må dette komme frem. Videre bør man presisere om dokumentasjon fra disse instanser foreligger som grunnlag for erklæringen eller om rekvirenten må oppfordres til å innhente informasjon direkte fra disse avdelingene.

Ev. dokumenter man har fått fra politiet (eks. anmeldelse eller avhør) må også gjøres rede for.

Ha et bevisst forhold til fritaket. Var undersøkte samtykkekompetent da det ble undertegnet? F. eks. samme tidsrom som det er påvist høy promille eller rusmidler i rusmiddelanalysene? Undersøkte skal gi informert samtykke og har anledning til å reservere seg mot at enkelte opplysninger utleveres. Dette må i så fall fremgå av legeerklæringen.

Det er lurt å utarbeide et eget skriv som vedlegg til erklæringen som beskriver hvordan tilbudet ved mottaket er organisert og metode og fremgangsmåte og evt. opplæring kan beskrives nærmere. Et eksempel-vedlegg «Medisinske og rettsmedisinske undersøkelser» er tilgjengelig på NKLM sine nettsider.

EKSEMPEL FORMULERING

Denne klinisk rettsmedisinske legeerklæringen er basert på *foreliggende journaler, arbeidsdokumenter, skisser og fotodokumentasjon* vedrørende medisinske og rettsmedisinske undersøkelser, prøvesvar samt oppfølging utført ved Overgrepsmottaket i ____ dato ____ / i tiden fra ____ til ____.

Man har også / har ikke hatt tilgang til journaler fra ____ hvor det ble foretatt supplerende undersøkelser.

Rettsmedisinske undersøkelser, sporsikring og dokumentasjon er / er ikke utført etter anbefalte / gjeldende rutiner for overgrepsmottaket i _____. Avvik fra rutine beskrives dersom aktuelt.

Man viser til vedlegg til erklæringen som beskriver hvordan tilbudet ved mottaket er organisert og metode og fremgangsmåte beskrives nærmere.

Journaler skrevet for behandlingsformål fokuserer på det som er nødvendig for diagnose og behandling.

2 Omstendigheter ved førstegangsundersøkelse og eventuelle senere kontakter

VEILEDNINGSTEKST

I dette avsnittet gis oversikt over kontakter undersøkte har hatt med mottaket.

Hvis undersøkte kom med ambulanse eller politi, anføres dette under «ankomst».

Akutthenvisninger eller innleggelse for utredning eller behandling med betydning for vurdering av skadebildet og alvorlighetsgrad bør også omtales i dette avsnittet.

Mer elektive henvisninger i etterkant, f.eks. til DPS eller andre utredninger i forløpet, kan omtales i avsnitt «Resymé relevante medisinske prøver, sykemelding og henvisning».

Dersom det kun er gjort medisinsk undersøkelse (og ikke rettsmedisinsk undersøkelse) må dette presiseres, f.eks. ved å fjerne «rettsmedisinsk» fra overskriften.

Politiet ønsker også å vite om undersøkte var alene med helsepersonell ved samtale og undersøkelse, eller om de hadde med seg ledsager inn.

EKSEMPEL FORMULERING

Omstendigheter ved førstegangsundersøkelse og videre kontakt med overgrepsmottaket:

Det er en ____ år gammel *kvinne/mann/jente/gutt/annet* som førstegangsundersøkes ved Overgrepsmottaket i ____ *antall* ____ timer / døgn etter (siste) angitt overgrep.

Ankomst Overgrepsmottaket i ____:

dag, dato, klokkeslett.

Ledsaget av _____

Kartleggingssamtale:

Dato ____ fra kl. ____ med *sykepleier/lege/sosionom* _____

Medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse:

Dato ____ fra kl. ____ ved lege _____ og sykepleier _____.

Andre personer til stede i mottakssamtale og undersøkelse:

Innleggelse / andre undersøkelser:

Dato _____ avdeling, ved personell _____.

Oppfølgende kontakter:

Dato _____, ved lege / sykepleier (*angi hva kontakten går ut på f.eks. telefon, kontroll eller samtale*)

3 Undersøktets beskrivelse av hendelse

3.1 Hendelsesforløp slik undersøkende personell har oppfattet det

Tidspunkt for og varighet av angitt overgrep:

Ukedag:

Dato:

Klokkeslett:

Varighet:

Åsted:

Gjerningsperson:

Hendelsesforløp:

Påkledning:

Rusmidler, frivillig/påført:

Angitte symptomer etter halsgrep og/ eller vold mot hodet:

Angitte symptomer etter vold mot kropp under og etter hendelsen:

Angitte symptomer fra kjønnsorgan/kroppsåpninger oppstått eller forverret etter hendelsen:

VEILEDNINGSTEKST**Hendelsesforløp og symptomer etter hendelsen**

Gjengivelse av den undersøktets opplysninger om hendelsen slik undersøkende personell oppfattet den. Se også veiledningstekst under punkt 1.1. om forskjeller mellom pasientjournal og avhør.

Bruk samme formuleringer som er journalført, ikke skriv om.

Presiser hvilket personell som har innhentet hvilke opplysninger fra hvem, se eksempel nedenfor.

Presiser hvem som gir opplysningene, undersøkte selv eller f.eks. ledsager/vitne eller annet helsepersonell.

I punkt 3.1. referer man også angitte nyoppståtte/ endrete symptomer etter hendelsen fra kropp, kjønnsorgan og kroppsåpninger under anamnesedelen (dvs. hovedavsnitt 3, ulike underavsnitt).

Presiser alltid om det er angitt **vold mot hode, hals/halsgrep**.

Angitte ledsagersymptomer til vold mot hode/halsgrep refereres i detalj. Det gjelder også negative (avkrefte) svar fra undersøkte mht. ledsagersymptomer samt der man ikke har (spurt om) opplysninger, må det også angis.

Presiser de ulike **former for seksuell kontakt** (jfr. bl.a. de spørsmål som er angitt i den nasjonale protokollen for undersøkelse, revidert i 2023.). Beskriv også manglende opplysninger om slik kontakt der dette er relevant.

Ta også med opplysninger dersom de finnes, om ev. **avvergende handlinger** fra undersøkte eller angivelse av at undersøkte frøs til, følte seg lammet under hendelsen. Dette kan ha betydning for skadevurdering og for vurdering av psykiske reaksjoner.

Det er viktig å forsøke å avklare alle spørsmålene, med både positive og negative svar, samt angi hva som ikke er spurt om eller opplysninger som kunne vært relevant, men ikke foreligger.

Beskriv **påkledning** ved hendelse siden klær kan innvirke på skadebildet/ mangel på skade. Klær kan ha blitt skadet ved voldsom avkledning.

Angi frivillig inntatte **rusmidler/legemidler** og ev. mistanke om påført rus og tidspunkt for inntak i relasjon til aktuell hendelse.

EKSEMPEL FORMULERING

Ved kartleggingssamtale fremkommer:

Ved undersøkelsen fremkommer/tilkommer:

På direkte spørsmål om vold og trusler, herunder vold mot hode og hals angir undersøkte _____
Hun /han/hen angir at _____ ikke har skjedd. Man har ingen opplysninger om _____

Vedrørende ledsagersymptomer som kan forekomme ved angitt vold mot hode:

I situasjonen, angitt av undersøkte: _____

Symptomer i ettertid, angitt av undersøkte: _____

Vedrørende ledsagersymptomer som kan forekomme ved angitt halsgrep:

I situasjonen, angitt av undersøkte: _____

Symptomer i ettertid, angitt av undersøkte: _____

På direkte spørsmål om hvilke former for seksuell kontakt som fant sted; angir undersøkte _____

Hun/han/hen angir at _____ ikke har skjedd. Man har ingen opplysninger mht _____

Påkledning:

Undersøkte opplyser at hun/han/hen var påkledd følgende plagg / ble avkledd / var naken på overkropp/armer/ underkropp/ ben

Rusmidler:

På direkte spørsmål om frivillig inntak av rusmidler og ev mistanke om påført rus, angir undersøkte:

3.2 Opplysninger om relasjon til gjerningsperson(er), eventuell tidligere vold fra samme person(er) og voldens utvikling:

VEILEDNINGSTEKST

Ved overgrep som ledd i voldelig nær relasjon, bør relasjonen utdypes i eget avsnitt (**avsnittet fjernes der hvor angitt gjerningsperson ikke er i nær relasjon til undersøkte**):

- Relasjonens varighet
- Barn i forholdet/ i husstanden
- Felles eller separat bopel, har den undersøkte egen inntekt?
- Når begynte volden? Typer vold (seksuell, fysisk, psykisk, materiell, økonomisk)
- Voldens utvikling over tid
- Faresignaler, jfr. 5 validerte høyprediktive spørsmål i Legevakhåndboken:

(vold økt i intensitet/hyppighet, truet på liv/ redd for eget liv, bruk av våpen/trusler om våpen, halsgrep og sterk sjalusi).

Her igjen er det viktig å bruke samme formuleringer som er journalført, ikke skriv om.

Presiser hvilket personell som har innhentet hvilke opplysninger, og når. Ved vold i nær relasjon kommer ofte flere opplysninger frem i oppfølgingen (for de mottak om har tilgang til dette).

Presiser hvem som gir opplysningene, undersøkte selv eller f.eks. ledsager/vitne/annet helsepersonell.

3.3 Relevante helseopplysninger oppgitt av undersøkte:

Relevante tidligere/ nåværende sykdommer/skader:**VEILEDNINGSTEKST**

Sykehistorie fra tidligere pasientbehandling skal være relevant for erklæringen dersom det tas med i denne. Slike opplysninger skal ikke inkluderes dersom den undersøkte ikke har frigitt denne type opplysninger og er blitt orientert om at denne informasjonen benyttes i legeerklæringen.

Dobbeltsjekk i så fall direkte med undersøkte om opplysningene stemmer, det forekommer iblant «følgefeil» i journal. Presiser om opplysningene er gitt av undersøkte selv eller hentet fra journal eller f.eks. medikamentliste fra reseptformidleren eller kjernejournal.

Forkortelser og sykdomsnavn må forklares, minimum med stikkord og på et språk som er forståelig for personer uten medisinsk kompetanse.

Tidligere vanskelige erfaringer som tidligere seksuelt overgrep eller omsorgssvikt kan omtales med en samlebetegnelse som f.eks. «tidligere belastninger/traumeopplevelser» uten å gå i detaljer.

Tidligere traumer er relevant mht. tolkning av etterreaksjoner. Hvis politiet trenger detaljerte opplysninger om dette bør de innhente det direkte fra undersøkte.

Viktige psykososiale forhold som f.eks. bostedsløshet, asylsøker eller flyktningstatus etc. kan tas med under helhetlige helseopplysninger.

Førlighet/funksjonsnedsettelse/aktivitet:

VEILEDNINGSTEKST

Beskriv eventuelle observerte eller oppgitte funksjonsnedsettelse. Oppgir undersøkte å være høyre eller venstrehendt? Ev. ikke spurt om. Kan ha betydning for vurdering av funn.

Ved annen kulturbakgrunn: kommunikasjonsferdigheter i språket som brukes ved samtale (oftest norsk eller engelsk) eller behov for tolk.

Nedsatt førlighet/funksjon kan være av betydning for undersøktes mulighet til å komme seg ut av situasjonen, til å sette seg til motverge, kan legge føringer/begrensninger på hvordan undersøkelsen utføres eller være av betydning for vurdering av funn. Gjelder både fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse.

Vedrørende aktivitet: ta med om undersøkte opplever at hun/hen/han lett får blåmerker og / eller driver noen spesiell form for fritids-/yrkesaktivitet/kontaktidrett som kan gi viss type synlige skader.

Faste medisiner og bruksområde:

VEILEDNINGSTEKST

Gi stikkordmessig forklaring på vanlige bruksområdet for medikamentet. Hvis det ikke er oppgitt hvorfor undersøkte bruker et preparat med mange bruksområder, kan vanlige bruksområder likevel oppgis (f.eks. brukes enkelte antipsykotika ikke bare ved psykose-lidelser, men i lave dose for søvn.)

Gynekologisk/urologisk helse og naturlige funksjoner:

VEILEDNINGSTEKST

Opplysningene her er av betydning for å vurdere funn ved undersøkelse og angitte symptomer/plager.

Her er man prisgitt om dette er blitt spurt om ved undersøkelse eller ikke.

Det er viktig å inkludere alle spørsmålene som er blitt stilt i grunnlagsdokumentasjonen, både positive og negative svar. I den sakkyndige vurderingen av funn kan det være relevant å oppgi hva som ikke er spurt om eller opplysninger som kunne vært relevant, men ikke foreligger).

Aktuelle punkter er prevensjon, første dag siste menstruasjon, fødsler, tidligere inngrep/skader/kjønnslemlestelse/omskjæring, seksuell helse/praksis, menarke, menopause, vannlatning/ ejakulat/utflod fra urinrør, vanlig avføringsmønster eller problemer, hemoroideplager osv.

Hvis symptomer /plager: Angi tidsrelasjon til aktuelle hendelse der det er aktuelt, dvs. nyoppstått, forverret etter hendelse, hatt fra tidligere osv.

Tidligere samleierfaring hos de unge tenåringene, eller habituell seksualpraksis (f.eks. tilvent analt samleie) kan være relevant informasjon for vurdering av funn.

4 Generell kroppsundersøkelse

VEILEDNINGSTEKST

Før man begynner å redegjøre for undersøkelsesfunn bør man si noe om hvor undersøkelsen foregår og ev. den tekniske rammen for undersøkelsen og undersøkelsesforholdene. Det er forskjell på spesialutstyrt rom på overgrepsmottaket, på sykebesøk på sykehjemmet, på intensivavdelingen, på annet sted med dårlige lysforhold etc.

4.1 Fysisk tilstand

VEILEDNINGSTEKST

Før man begynner å redegjøre for undersøkelsesfunn bør man også si noe om fysisk tilstand og andre forhold som kan innvirke på hvordan undersøkelsen gjennomføres, f.eks. rusmiddelpåvirkning, veldig sliten/trett, sterke smerter, pågående infeksjon med feber etc. Hvis noen undersøkelser er utført på tross av redusert allmenntilstand/bevissthet må ev. samtykkekompetanse til undersøkelse og begrensninger på bakgrunn av dette presiseres.

I tillegg må man ta med faktorer som innvirker på identifisering og vurdering av funn som f.eks. hudfarge, mye tatoveringer, hudlidelse, bruk av blodlevringshemmende medikamenter etc.

EKSEMPEL FORMULERINGER

Undersøkte kommer gående til undersøkelsen og fremstår i normal allmenntilstand.

Hun/han/hen er ved normalt bevissthetsnivå og fremstår ikke smertepåvirket.

Hun/han/hen fremstår smertepåvirket ved at hun går krokrygget og holder seg til magen, ynker seg.

Hun/han/hen er ikledd *rene hele klær / skitten i ansiktet og på klærne*.

Det er normale forhold ved lytting over hjerte og lunger, eller ved alminnelig undersøkelse av mage.

Det er ingen åpenbare avvik ved orienterende nevrologisk undersøkelse.

Det *foreligger/foreligger ingen* tydelige tegn til ruspåvirkning i tale, adferd eller bevegelser. Beskriv hva som er avvikende dersom tegn på ruspåvirkning foreligger samt eventuelle spesifikke undersøkelser som er gjort for å avdekke.

Undersøktes hudfarge *medfører / medfører ikke* at funn kan være vanskelig å se.

Det *foreligger/foreligger ikke* hudlidelser, sykdom eller andre forhold som kan medføre vansker med å identifisere mindre skader, påvirke skadenes utseende eller som har betydning for vurderingen.

Det er sett *arr, tatoveringer, piercing* etc.

Blodtrykk _____ mmHg. Puls _____ slag/minutt. Temperatur _____ °C

Høyde _____ cm , vekt _____ kg. (*Angitt av undersøkte/ målt og veid ved undersøkelse*).

4.2 Funn ved generell kroppsundersøkelse

VEILEDNINGSTEKST OM OMFANG AV UNDERSØKELSEN

Presiser hva som er undersøkt. Helkroppsinspeksjon er frivillig rutinetilbud ved rettsmedisinsk undersøkelse, men lar seg ikke alltid gjennomføre. Begrunn ev utelatelser av inspeksjon (hele eller deler av kroppsoverflaten).

Skisse og foto av respektive funn kan være integrert i erklæringen, men det er datatekniske utfordringer med dette p.t. for de fleste mottak, og er da vedlegg til erklæringen.

EKSEMPLER FORMULERINGER

Hele kroppsoverflaten er inspisert.

Hele kroppsoverflaten foruten _____ er undersøkt.

Følgende kroppsdel(er) er inspisert:

Undersøkelsen ble avgrenset på grunn av _____

Høyre og venstre i beskrivelsene viser til undersøktes høyre og venstre side av kroppen.

Funn er tegnet på skisse og fotografert.

Det er ikke tegnet skisse eller tatt foto.

Ved hudmisfargninger, hvor ikke annet er presisert, er det ikke bemerket skade, hevelse eller nivåforskjeller i hudoverflate.

Generelt anføres at beskrivelse av fargeforandringer og hudoverflate kun basert på foto er mer usikkert enn direkte observasjon ved undersøkelse.

For generell informasjon om metode for skadedokumentasjon og vurdering, se vedlegg om rettsmedisinsk undersøkelse ved overgrepsmottaket i _____.

VEILEDNINGSTEKST NORMALFUNN

Unngå uttrykk som «ingen funn». Husk at normalfunn også er funn (og normalfunn er det vanligste funnet ved undersøkelse etter seksualovergrep).

Negative undersøkelser mht. ev skade etter vold mot hode/hals, bør rutinemessig presiseres.

Funn som er uten relevans for det aktuelle, f.eks. eldre arr etter selvskading, funn som oppgis å ikke være relatert til det aktuelle, kirurgi-arr, gamle brannskader etc. kan kort oppsummeres og må ikke beskrives i detalj, men hvis de kan skjule aktuelle skader eller gjøre vurdering av aktuelle funn vanskelig bør det nevnes i avsnittet over om fysisk tilstand.

EKSEMPLER FORMULERINGER

Det er ikke påvist fremmedmateriale, skader eller andre relevante avvik ved undersøkelse

Det er ikke sett tegn til skade ved inspeksjon av ansikt/hals, eller hevelser / hårtomme områder i hodebunn. Det er ingen punktblødninger ved øyne/ører/kinn/munnhule. Pupillene er jevnstore med normal lysreaksjon. Det er ingen tegn til blod bak trommehinner.

Følgende funn vurderes være eldre eller uten relasjon/relevans for aktuelle: _____

VEILEDNINGSTEKST PÅVISTE FUNN OG SKADER

Beskriv systematisk, ovenfra og nedover, høyre før venstre. Nummerer funn i rekkefølge med samme nummer som på skisse og foto.

Ta med kliniske tegn eller undersøkelser mht. indre skade, forstuinger og brudd etc.

Husk å nevne ev. fremmedmateriale.

Presiser dersom funn er beskrevet fra foto: beskrivelsen av funn skal først og fremst gjøres basert på undersøkelsen med direkte observasjon av funn. Noen ganger må beskrivelsen delvis baseres på foto og dette må man i så fall skrive tydelig. Husk at beskrivelser fra foto er mindre sikkert enn direkte observasjon og div. artefakter kan påvirke hva man ser på foto (distorsjon av farge, dybde, skyggevirksomheter etc.)

Skadevurdering og besvarelse av mandatet gjøres iht. anbefalt rettsmedisinsk metodikk i tre trinn.

A: klassifikasjon (dvs. bloduttredelse, overfladisk hudavskrapning, skjæreskade etc.)

B: skademekanisme (dvs. stumpt traume, skarpt traume etc.)

C: vurdering opp mot omstendigheter i saken (dvs. angitte voldshandlinger, forsvarshandlinger etc.)

Vi foreslår at trinn A, klassifikasjonen, gjøres i tilknytning til det enkelte funn

Trinn B og C kan samles under avsnitt «Diskusjon og vurdering av funn i henhold til mandat».

Beskriv hva som er sett og klassifiser funnet. Beskrivelsen skal vise grunnlaget hvordan vi har klassifisert funnet som f.eks. bloduttredelse, økt blodgjennomstrømning, hudavskrapning, skjæreskade etc. Jfr. veiledning til avsnitt «Diskusjon og vurdering av funn i henhold til mandat».

EKSEMPEL FORMULERING SKADEBESKRIVELSE OG KLASSIFISERING

1. Lokalisasjon. Hva er sett: *hudmisfargning, overfladisk hudskrap, sår* etc. Klassifisert som *bloduttredelse/overhudsavskrapning/økt blodgjennomstrømning*.

Detaljert beskrivelse: form, farge, størrelse, retning, relasjon til omkringliggende funn, omkringliggende hud, hevelse/nivåforskjell etc.

Konkret eksempel: På høyre knes strekkeside, mot kneskålens lilletåside, en hudmisfargning klassifisert som bloduttredelse.

En rund lilla hudmisfargning, 1 cm i diameter, hel hud, ingen hevelse, oppgis øm ved direkte trykk.

2. Lokalisasjon. Hva er sett: *hudmisfargning, overfladisk hudskrap, sår* etc. Klassifisert som *bloduttredelse/overhudsavskrapning/økt blodgjennomstrømning*.

Detaljert beskrivelse: form, farge, størrelse, retning, relasjon til omkringliggende funn, omkringliggende hud, hevelse/nivåforskjell etc.

VEILEDNINGSTEKST VED VOLD MOT HODE ELLER HALS

Ledsagerfunn til vold mot hode og hals kan samles i eget avsnitt etter beskrivelse av skader på hode og hals (se eksempel under). Husk å skrive inn også negative funn. Der det ikke er undersøkt, må dette presiseres. Der man ikke har noen opplysninger må det angis.

EKSEMPEL FORMULERING VED VOLD MOT HODE

1. Bakhodet midt på: hudmisfarging og hevelse, klassifisert som bloduttredelse og underhudsblødning.

En rund lilla hudmisfarging ca. 1 cm i diameter i midten av en rund myk, hevelse 4 cm i diameter, øm for trykk.

Vedrørende ledsagerfunn som kan forekomme ved angitt vold mot hode:

Ved undersøkelsen: endret bevissthetsnivå (GCS), pupilleforandringer, blod bak trommehinner, neurologiske utfall, kramper, observert oppkast osv. samt ev billediagnostikk.

EKSEMPEL FORMULERING VED HALSGREP

1. Hals: ingen synlige skader eller ømhet for trykk på hals.

Vedrørende ledsagerfunn som kan forekomme ved angitt halsgrep:

Ved undersøkelsen: Det *foreligger/ foreligger* ikke punktblødninger ved øynene, ørene eller kinn.

Undersøkte puster normalt og det er ingen hørbar heshet.

5 Undersøkelse av kjønnsorgan og kroppsåpninger

5.1 Om undersøkelsen

VEILEDNINGSTEKST OM OMFANG AV UNDERSØKELSEN

Presiser hva som er undersøkt. Tilbud om frivillig undersøkelse av alle kroppsåpninger er rutine ved rettsmedisinsk undersøkelse, men lar seg ikke alltid gjennomføre. Mange undersøkte orker eller ønsker ikke gjennomføre alt. Angi årsak til eventuelle manglende undersøkelser.

Beskriv forhold som innvirker på hvordan undersøkelsen gjennomføres, f.eks. rusmiddelpåvirkning, smerter, nedsatt førlighet eller overvekt av en slik grad at den begrenser undersøkelse i GU-stol. Undersøkte må være samtykkekompetent til undersøkelse av kroppsåpninger så vel som alle andre undersøkelser.

Husk å redegjøre for undersøkelsesteknikk: inspeksjon med det blotte øye, bruk av forstørrelse som f.eks. kolposkop, fargemetoder. I tillegg må man ta med faktorer som innvirker på identifisering og vurdering av funn som f.eks. hudlidelse/sykdom, bruk av blodleivingshemmende medikamenter, hormonpreparater hos postmenopausale og forklare hvordan de påvirker vurderingen.

Noen mottak fotograferer funn ved kjønnsorgan eller endetarm (via kolposkop). Vanligvis gjøres dette for fagfellevurdering/best mulig faglig vurdering av funn som grunnlag for behandling eller skadevurdering der disse inngår som grunnlag for den sakkyndige vurderingen. Man må presisere om det er tatt foto eller ikke og at det må foreligge spesifisert fritak for ev. utlevering.

Foto fra funn i munnhule er mindre etisk betenkelig å levere ut/ inkludere i erklæringen, men det er ofte vanskelig å få til bra bilder.

EKSEMPEL FORMULERING

Munnhule, kjønnsorgan og endetarmsåpning utvendig og innvendig er undersøkt.

Det foreligger/ foreligger ikke tegn til sykdom / andre forhold som kan medvirke til at ferske skader kan være vanskelige å identifisere, eller påvirker deres utseende eller som på annet vis kan ha betydning for vurderingen.

Undersøkelse er foretatt visuelt med det blotte øye uten/ med bruk av kolposkop (forstørrelse) Funn er tegnet på skisse. Lokalisasjon av funn angis som klokkeslett på en tenkt urskive når undersøkte ligger i ryggleie.

For ytterlige informasjon om skadedokumentasjon, se vedlegg om rettsmedisinsk undersøkelse.

Etter ordinær rutine er det ikke utført fotodokumentasjon av kjønnsorgan eller endetarmsåpning.

Funn ved kjønnsorgan er fotografert for fagfellevurdering (ved hjelp av kolposkop).

Slike foto vedlegges ikke legeerklæringen av hensyn til undersøktes integritet. Foreliggende beskrivelser og skisser anses tilstrekkelig for vurdering. Dersom rekvirenten anser utlevering nødvendig, må det foreligge spesifisert, informert fritak fra taushetsplikten.

5.2 Funn ved undersøkelse av kjønnsorgan og kroppsåpninger

VEILEDNINGSTEKST

Gjør rede for alle anatomiske deler og ev. avvik fra normalanatomi. Videre skal objektive tegn til pubertetsutvikling/menopause/kjønnslemlestelse/ kirurgiske inngrep etc. inkluderes.

Normalfunn er også et funn. Unngå derfor å skrive «fravær av funn», men man kan presisere «fravær av synlige/påviste skader».

I saker med angitte seksuelle handlinger og kun normalfunn ved kroppsåpninger uten skader må vi også vurdere hvordan dette kan passe eller ikke med forklaringen.

Normalfunn kan ofte være forenlig med forklaringen ettersom det er vanlig å ikke påvise skader ved kroppsåpninger undersøkelse i denne type saker, men normalfunn kan som hovedregel verken bekrefte eller utelukke forklaringen og det må vi være tydelige på i legeerklæringen.

Skadevurdering av funn ved kroppsåpninger og besvarelse av mandatet gjøres iht. anbefalt rettsmedisinsk metodikk i tre trinn. Dette er lignende metoden for skadevurdering av funn ved generell kroppsundersøkelse.

A: klassifikasjon (dvs. bloduttredelse, overfladisk hud- eller slimhineskade, hevelse, misfarging etc.)

B: skade- eller sykdomsmekanisme (dvs. stumpt traume, skarpt traume, kjemisk eller termisk skade, betennelsesreaksjon, tilhelingsprosess etc.)

C: vurdering opp mot omstendigheter i saken (dvs. angitte seksuelle handlinger, ev. andre voldshandlinger mot kroppsåpninger, forsvarshandlinger etc.)

Vi foreslår at trinn A, klassifikasjonen, gjøres i tilknytning til det enkelte funn

Trinn B og C kan samles under avsnitt «Diskusjon og vurdering av funn i henhold til mandat.»

Beskriv hva som er sett og klassifiser funnet. Beskrivelsen skal vise grunnlaget hvordan vi har klassifisert funnet som f.eks. bloduttredelse, økt blodgjennomstrømning, hudavskrapning, hudrift etc. Jfr. også veiledning til avsnitt «Diskusjon og vurdering av funn i henhold til mandat.»

Tegn til lokal sykdom tas med. Dersom det er tatt prøver fra funn mht. ev. differensial-diagnostikk som infeksjon, tas resultat med her, da dette må med videre under diskusjon og vurdering iht. mandat.

Husk også å nevne ev. fremmedmateriale.

Symptomer fra munnhule/svelg, kjønnsorgan og endetarm som kommer frem ved undersøkelsen tas med her. Ta og med ev. negative funn og prøvesvar. Dette hører med under anamnesedelen i tradisjonelt rettsmedisinsk oppsett, men relevansen er lettere å se her.

EKSEMPEL FORMULERING

Munnhule: normale forhold ved slimhinner, tunge og tenner, ingen påviste tegn til ferske skader eller sykdom.

Kjønnsorgan kvinne:

Ytre og indre kjønnslepper, skjedekrans, skjede, livmorhals, er inspisert.

I folden mellom ytre og indre kjønnsleppe sees en stripeformet, rød, overfladisk skade i overhuden , ca. 1,5 cm lang, trådsmal og langsgående, som det siver litt friskt rødt blod fra, klassifisert som . Området er ømt for berøring.

Kjønnsorgan mann:

Penis, forhud, pung er inspisert med normale forhold, ingen påviste tegn til ferske skader eller sykdom.

Endetarmsåpning:

Ytre undersøkelse: ved inspeksjon uten berøring sees lukket åpning, hel hud og radiære hudfolder.

Ved separasjon av hudfoldene (spriking av åpningen ved lett drag i huden) sees ved endetarmsåpningen utvendig, kl. 2 (tilsvarende en urskive med undersøkte i ryngleie): en radiært forløpende, stripeformet, rød overfladisk skade i overhuden (trinn A) med fuktig rød hinne, ca. 1 x 0,1 cm.

Indre undersøkelse av analkanal/endetarm: normale forhold, ingen påviste tegn til ferske skader eller sykdom.

6 Rusmiddelanalyser

VEILEDNINGSTEKST

Pasienten skal gi et informert samtykke til at det tas prøver (blod og urin) til rusmiddelanalyse. Dette kan gis muntlig ved undersøkelsen/prøvetakingen.

I tillegg skal pasienten gi informert, spesifikt og skriftlig samtykke til utlevering av prøvesvar på rusmiddelanalysene til politiet.

Påvisning av rusmidler kan medføre negative sanksjoner i andre sammenhenger, f.eks. illegale rusmidler hos helsepersonell eller sjåførere. Man må derfor søke å informere pasienten om resultatet før utlevering, alternativt vurdere om det fremstår uproblematisk å utlevere under henvisning til det generelle fritaket som ledsager anmodningen om legeerklæring.

Vurdering av svar på rusmiddelanalysene er en spesialistoppgave. Man bør derfor anbefale oppdragsgiver å få rettstoksikologiske vurderinger utført av rettstoksikolog /farmakolog, ev. ved det laboratorium som har utført analysene. Det gjelder også vurdering av etanol-konsentrasjon. Dersom det kommer frem kliniske opplysninger av betydning for vurderingen (f.eks. angitte symptomer eller tegn til påvirkning og atferdsendring ved undersøkelse) kan man presisere at opplysninger vedrørende oppgitt inntak og undersøktes tilstand ved undersøkelsen bør fremlegges for toksikologen.

EKSEMPEL FORMULERING

Blodprøve til rusmiddelanalyse er tatt *dato/ kl.*

Urinprøve til rusmiddelanalyse er tatt *dato/ kl.*

Undersøkte har fortalt om rusmiddelinntak.

Undersøkte mistenker påført rus.

Det *foreligger / foreligger ingen* tydelige kliniske tegn til ruspåvirkning i tale, adferd eller bevegelser ved undersøkelse _____(tid) etter hendelse.

Det påvises rusmidler i form av _____

Svar på rusmiddelanalysene er vedlagt. For vurdering av rusmiddelresultatene mht. til grad av påvirkning ved tid for aktuelle hendelse, f.eks. innvirkning på evne til å handle og huske, henvises det til retts-toksikolog / klinisk farmakolog ved _____sykehus.

Rusmiddelanalysene vil ikke bli ytterligere diskutert i denne erklæringen.

7 Sikret materiale

VEILEDNINGSTEKST

Man kan velge å gjøre rede for metode her, eller kun vise til at retningslinjer er fulgt. Ellers kan man velge å si mer detaljert om rutiner og prosedyrer i et eget vedlegg.

Hvis det har vært avvik fra standard rutine må dette gjøres rede for, f.eks. at man har glemt hanskebytte mellom utvendig og innvendig undersøkelse av underliv.

Når det gjelder oversikt sporprøver i selve legeerklæringen holder det å oppgi kun lokalisasjon for sikret sporprøve eller type sikret gjenstand, ikke antall. Antall fremgår av skjema for oversikt sikrede spor og kopi av dette skal legges ved legeerklæringen. Originalen ligger forseglet sammen med spormaterialet.

Alle spørsmål om hygienetiltak og naturlige funksjoner som er oppført i den reviderte (2023) protokollen for undersøkelse skal gjøres rede for i legeerklæringen (utført, ikke utført, ingen opplysninger, ubesvart, ikke spurt). Selv om dette hører til anamnese, kan man velge å samle dette her.

EKSEMPEL FORMULERING

Sporsikring er utført etter oppsett angitt i politiets prøvesikringsskjema (se vedlegg «Retningslinjer for sporsikring og prøvetaking» for detaljerte opplysninger).

Sporprøver er sikret fra:

Kroppsoverflate:

Kroppsåpninger:

Tøy og gjenstander

Følgende tøy/gjenstander er sikret:

___ var på ved aktuell hendelse

___ har undersøkt på seg ved undersøkelsen

Det er ikke sett åpenbare flekker eller skader på sikret tøy/gjenstander.

Det er sett flekker/skader på tøy/gjenstander: _____

Utlevering av sikret materiale:

Sikret materiale er utlevert dato, av _____ til _____ politidistrikt v/ _____

Opplysninger som kan være relevant mht. sikring av spor og tøy:

Undersøkte *har/har ikke*: dusjet, byttet tøy, pusset tenner, kastet opp, hatt vannlating/avføring, tørket seg, skylt kroppsåpning forut for undersøkelse.

Annen seksuell kontakt innenfor siste uke før undersøkelse:

Det ble utført vask/tørk og hanskebytte etter inspeksjon og prøvetaking av ytre kjønnsorganer og endetarmsområde utvendig, og før innvendig undersøkelse. Det ble brukt undersøkelsesinstrumenter ved indre undersøkelse av underliv (spekel) fuktet med *gel/saltvann* og endetarm (anoskop), fuktet med gel.

8 Resymé relevante medisinske prøver, sykemelding og henvisning

VEILEDNINGSTEKST

Opplysninger om prøvetaking av relevante seksuelt overførbare infeksjoner (hvilke infeksjoner tester man for, fra hvilke lokalisasjoner), graviditet, forebyggende tiltak og annen medisinsk behandling.

Hvis man kun har førstegangsprøver tatt første dager etter hendelse må man presisere at disse viser undersøktes tilstand ved undersøkelsen. Ofte representerer dette i praksis tilstand ved hendelse. Vurdering av hvorvidt det kan ha oppstått graviditet eller smitte rundt tidspunkt for hendelse kan først foretas når det er gått nødvendig tid og ytterligere /gjentatte prøvesvar foreligger. Smitte ved hendelse er straffeskjerpene, derfor må rettsapparatet vite at vi ikke kan konkludere uten å følge opp over en viss tid om det har skjedd smitte/graviditet. Dette krever kontrollprøver med relevant tidsrom etter siste mulige smittetidspunkt/befruktning.

Påvist mikroorganisme i PCR prøver fra kroppsåpninger som er tatt kort tid etter hendelse, f.eks. klamydia, kan også representere bakterie i kroppsvæske avsatt av angitt gjerningsperson.

Selv om det foreligger prøvesvar der det påvises seksuelt overførbare infeksjon er det svært vanskelig å knytte påvist smitte objektivt til et gitt tidspunkt. Ofte er det viktigste å utelukke smitte. Prøve av angitt gjerningsperson med genetisk undersøkelse av mikroorganisme med sekvensering og sammenligning med prøve tatt av undersøkte brukes i noen land, men er ikke rutine i Norge.

Ved påvist graviditet, der undersøkte ønsker kirurgisk abort kan fostervev ev. sikres for rettsgenetisk analyse. Dette er det i så fall politiet som ev. rekvirerer fra sykehuset, men man kan nevne at undersøkte ble henvist for abort.

Som regel ber politiet om opplysninger om sykemelding. Dette er av betydning for ev. erstatning. Opplysning om ev. sykemelding eller erklæring til skole om fravær eller tilrettelegging hører med i en helhetlig vurdering av undersøktes tilstand og forløp og bør uansett tas med. Man kan ev. vise til andre potensielle sykmeldere (f.eks. undersøktes fastlege dersom de er bedt om å oppsøke fastlegen for å få sykemelding, eller andre behandlere).

Henvisning til utredning/behandling må gjøres rede for. Det kan ha betydning for vurdering av ev. mén eller tap som undersøkte har lidt og dermed også for ev. erstatning. Ved å ha med oversikt over instanser man har henvist til kan politiet innhente opplysninger direkte derfra.

Prøver mht. seksuelt overførbare infeksjoner:

Prøver mht. graviditet:

Andre relevante medisinske prøver:

Medisinsk behandling:

Sykemelding/ erklæring til skole:

Henvisning:

9 Om psykisk tilstand ved førstegangsundersøkelse og oppfølging

9.1 Psykisk tilstand ved førstegangsundersøkelse

VEILEDNINGSTEKST

Psykisk tilstand ved førstegangsundersøkelsen hører med i den klinisk rettsmedisinske undersøkelsen og må fremgå av legeerklæringen.

Vær etterrettelig mht. hva som er observert av helsepersonellet og hva som er symptomer angitt av undersøkte, ev. komparent-opplysninger. Vær etterrettelig mht. hvem som har dokumentert hva og når, i tilfeller der undersøkelse og kommunikasjon fordeles på ulikt helsepersonell. Bruk samme formuleringer som er journalført, ikke skriv om.

Det er viktig å få med ev. kommunikasjonsvansker, språkvansker og behov for tolk, ruspåvirkning med innvirkning på evne til å forklare seg eller samarbeide.

De punktene i den reviderte (2023) protokollen for undersøkelse der det er krysset av for reaksjoner tas med. Man trenger ikke ta med alt det som ikke er krysset av for.

Hvis pasienten oppsøker hjelp først flere dager eller lengre tid etter hendelse, er det nyttig å kartlegge reaksjoner/ vanlige stressreaksjoner i tid fra hendelse til henvendelse og disse må også fremgå av legeerklæringen.

EKSEMPEL FORMULERING

Under kartleggingsamtale med _____ fremstår undersøkte _____, og hun/han/hen angir _____.

Ved legeundersøkelsen journalfører dr. _____ at undersøkte fremstår _____, og hun/han/hen angir _____.

Ved observasjon / innleggelse etter undersøkelsen journalfører sykepleier _____ at undersøkte fremstår _____, og hun/han/hen angir _____.

9.2 Oppfølging etter førstegangsundersøkelse

VEILEDNINGSTEKST

For de overgrepsmottakene som har oppfølging, kan denne resymeres her. Oversikt over kontakter, type kontakt og involvert personell kan spesifiseres under avsnitt «Omstendigheter ved førstegangsundersøkelse og eventuelle senere kontakter» og man kan oppsummere antall kontakter og tidsrammen for disse her.

Det er lite hensiktsmessig å gjengi detaljer i alle samtaler og konsultasjoner i forløpet, men heller oppsummere hvilke typer reaksjoner som er observert og hvilke plager som er angitt av undersøkte i løpet av oppfølgingsperioden (f.eks. skvettenhet, søvnevansker, mareritt, nedsatt matlyst etc.) og ev. hvordan plagene utvikler seg i forløpet.

10 Diskusjon og vurdering av funn i henhold til mandat

Diskusjonen bør deles opp i flere avsnitt, jfr. innledningsvis der vi sier hvordan vi vil besvare mandatet.

10.1 Diskusjon og vurdering av funn ved generell kroppsundersøkelse

VEILEDNINGSTEKST TIL DISKUSJON OG VURDERING: NORMALFUNN INGEN SKADER

Normalfunn er også et funn. Unngå derfor å skrive «fravær av funn», men man kan presisere «fravær av sikre ytre tegn til skader» eller «ingen sikre tegn til skader påvist».

I saker med angitt vold og kun normalfunn på kropp uten skader må vi også vurdere hvordan dette kan passe eller ikke med forklaringen.

Skadevirkningen av fysisk kontakt eller vold avhenger flere forhold:

- En fysisk overgrepssituasjon er en dynamisk situasjon der minst 2 personer er involvert og beveger seg, utøver vold eller avverge på ulike måter.
- Undersøktes reaksjonsmønster og tilstand (frykt, frys-reaksjon, nedsatt ageringsevne pga. rus, søvn) kan minske risiko for skader ved f.eks. håndtering/ utnyttelse uten annen vold.
- Kort tid fra hendelse til undersøkelse: bloduttredelser kan komme til syne først etter noen tid og mulig komme til syne senere.
- Lang tid fra hendelse til undersøkelse: økt blodgjennomstrømning (rødmer), punktblødninger, bloduttredelser kan ha rukket gå tilbake innen undersøkelse.
- Kraft, lokasjon /areal av treffområde påvirker om det blir synlig skade eller ikke. Generelt gjelder, jo større areal kraften blir fordelt på, dess mer kraft kan brukes uten å etterlate synlig skade. Mengde underhudsvev, elastisitet av hud, underliggende benstrukturer, påkledning osv. betyr noe for risiko for skade/bloduttredelse mv.

Ingen tegn til sikre synlige skader kan dermed ofte være forenlig med forklaringen ettersom det er vanlig å ikke påvise fysiske skader i denne type saker. Manglende eller små funn kan ikke direkte verken bekrefte eller utelukke forklaringen. Det må vi være tydelige på i legeerklæringen.

EKSEMPEL TEKST DISKUSJON OG VURDERING: NORMALFUNN INGEN SKADER

Undersøkte har forklart om hold i armer og dytting. Ingen sikre synlige skader ved undersøkelse fem timer etter angitt hendelse kan passe med forklaringen og står ikke i motsetning til forklaringen. Bloduttredelser kan komme til syne først etter flere timer/dager. Kroppsoverflaten er ikke inspisert på nytt etter førstegangsundersøkelsen. Legeundersøkelse med inspeksjon av kroppen kan verken bekrefte eller utelukke undersøktes beskrivelse av hendelsen.

VEILEDNINGSTEKST TIL DISKUSJON OG VURDERING: PÅVIST SKADER OG FUNN

Skadevurdering og besvarelse av mandatet gjøres iht. anbefalt rettsmedisinsk metodikk i tre trinn:

A: klassifikasjon

B: skademekanisme

C: vurdering opp mot omstendigheter i saken

Vi foreslår at trinn A, klassifikasjonen, gjøres i tilknytning til det enkelte funn (jfr. over).

Trinn B og C samles under diskusjon og vurdering bl.a. iht. mandat.

Klassifikasjon (A) gir grunnlag for å si noe generelt om skademekanisme (B).

I C diskuterer man sannsynlighet for og/ eller om hendelsesforløpet har inkludert skademekanismer som kan gi de aktuelle funnene slik disse fremstår i dokumentasjonsgrunnlaget. Alternative oppkomstmekanismer til funn inkluderes der dette er relevant:

A. Først klassifiseres enkeltskadene basert på utseende/beskrivelse, f.eks. at skaden oppfattes som en bloduttredelse, overhudsavskrapning, stikksår, skjæresår, forfrysning og forbrenning etc. Dette kan gjøres i tilknytning til beskrivelse av funn, som vist i eksempel.

B. Deretter knyttes de klassifiserte funnene til relevant skademekanisme og gir eksempler på slike skadesituasjoner f.eks.:

- Stumt traume som f.eks. trykk, støt, gnidning, skraping med/mot gjenstand.
- Skarpt traume som f.eks. stikk, skjæring med skarp gjenstand.
- Termisk skade som f.eks. forfrysning, forbrenning.
- Kjemisk skade som f.eks. etseskade med irriterende væske.

C. Diskusjon og vurdering av ulike oppkomstsituasjoner. Der det foreligger et mandat f.eks. om å sammenholde funnene gjort ved undersøkelsen med fornærmedes forklaring forut for undersøkelsen, gjøres dette under trinn C. For å tydeliggjøre hvilke konkrete handlinger i hendelsesforløpet vi vurderer funnen mot kan man kort presisere disse i starten av vurderingen.

Her kan man gi en samlet aldersvurdering. Her tar man også vurderingen av f.eks. angitt halsgrep eller hodeskade, samt av alvorlighetsgrad av disse.

Trinn B og C kan gjøres samlet for skader som hører sammen. F.eks. flere funn på samme kroppsdel der det er angitt konkret voldshandling mot denne kroppsdel. Se eksempel.

Dersom det er funn eller mangel på funn som står i direkte motsetning til forklaringen må man skrive det. Dersom det ikke er sett funn som står i motsetning til forklaringen kan man også skrive det.

Der hvor mandatet ber om vurdering av om funnene kan skyldes selvpåført skade eller ulykke gjøres dette for alle funn. Der det ikke er bedt om slik vurdering må man allikevel diskuteres mulige «differensialdiagnoser» mht. oppkomstsituasjon som f.eks. ulykke, eller selvpåført skade, der det fremstår relevant.

Det vil uansett alltid være flere typer situasjoner enn kun det angitt hendelsesforløp der funn kan ha oppstått og man må ta adekvat forbehold om dette. Det kan være lurt å forklare hva man selv mener med «forenlig med», «kan være forenlig med» og hvorfor man tar forbehold.

Husk også ev. behandling av skader.

Der hvor det har vært risiko for alvorlig skade, bør dette nevnes. Det bør også kommenteres om skadene forventes å tilhele med eller uten varige mén, eller vise til at det bør innhentes uttalelse fra relevant spesialist.

I saker med mange/flere funn kan det være viktig å vurdere det samlede skadebildet opp mot oppgitt hendelsesforløp. F. eks. er det typer av samlede skadebilder som taler mer for påført vold enn for tilfeldig støt/uhell og skadebilder som opplagt kan ha mange alternative forklaringer.

Dersom man kommer med alternative forklaringer bør man beskrive type traumemekanismer og ikke introdusere en alternativ historie. Dette kan være vanskelige vurderinger og man skal ikke begi seg ut i spekulasjoner. Hver enkelt må selv vurdere grensene for egen ekspertise og eventuelt angi anbefaling om at mer erfarne sakkyndige vurderer skadebildet.

EKSEMPEL FORMULERINGER DISKUSJON OG VURDERING: PÅVIST NOEN SKADER OG FUNN

Undersøkte har forklart om grep rundt armer, at buksen ble dratt ned og dytting ned på bakken.

Bloduttredelsene (trinn A) på begge overarmene (funn 1,2 og 3) er forenlige med stumpe traumer (trinn B) som f.eks. støt, trykk og kan passe med grep som forklart (trinn C).

De overfladiske overhudsavskrapningene (trinn A) på høyre sete (funn 4, 5 og 6) er forenlige med stumpe traumer (trinn B) som f.eks. skrap, støt, eller trykk med bevegelse mot/drag av gjenstand langs huden slik at huden blir overflatisk skadet i hele/deler av kontaktflaten. Funnene kan passe med skrap/kloring i forbindelse med at buksen ble dratt ned som forklart, eller ved kontakt med ujevnt underlag som forklart (trinn C).

Eksakt aldersbestemmelse er vanskelig, men de påviste funnene kan ha oppstått rundt angitt tidspunkt for aktuelle hendelse, men kan også være noe eldre eller yngre.

Andre årsaker til funnene enn de som er diskutert over kan ikke utelukkes.

Det er ikke sett funn som står i motsetning til forklaringen.

Generelt om kroppsskader ved undersøkelse etter angitt seksuelt overgrep:

Forskning viser at det er vanlig å finne ingen eller bare beskjedne skader på kroppsoverflate ved undersøkelse etter angitt seksualovergrep, hvorav mindre bloduttredelser og småsår forekommer hyppigst.

Analyse av sikret spormateriale fra kroppsoverflate og sikret tøy anbefales for ev. ytterligere å avklare kontakt.

EKSEMPLER DISKUSJON OG VURDERING: PÅVIST MANGE SKADER / FUNN

Etter diskusjon av enkeltfunnene opp mot angitte handlinger kan man gi en samlet vurdering som eventuelt inkluderer vurdering av det samlede skadebildet:

Antall skader samt deres utbredelse og lokalisasjon taler mot at alle skadene kan være etter tilfeldig støt / fall, imidlertid kan tilfeldig støt / fall ikke utelukkes som oppkomstmekanisme til enkelte av funnene.

Antall, utbredelse og lokalisering av funnene i flere av kroppens plan, taler for påført vold fremfor f.eks. tilfeldig fall/støt. Enkelte funn er lokalisert på kroppsdeler som vanligvis er relativt godt beskyttet mot tilfeldig trykk, støt, slik som innside lår.

EKSEMPEL FORMULERINGER DISKUSJON OG VURDERING: HALSGREP

Eksempel 1:

Det er objektive funn på halsen i form av to bloduttredelser etter stumpe traumer, som kan være forenlig med halsgrep som forklart.

Halsgrep kan være livstruende ved å klemme av blodårer og/eller luftrør, eller mer sjeldent ved å utløse refleksutløst hjertestans.

Det er ikke sikre opplysninger om-, eller påvist funn som tyder på alvorlige følger som bevissthetstap, tegn til alvorlig sentralnervøs påvirkning (som f.eks. ufrivillig urin- og avføringsavgang) eller vedvarende alvorlige bløtdelsskader i halsen og/eller symptomer på slike. Alvorlige halsgrep kan imidlertid utføres uten at slike ledsagerfunn/ -symptomer opptrer. Alvorlighetsgraden av det aktuelle halsgripet kan således ikke sikkert vurderes.

Eksempel 2:

Det er ikke sett skader på halsens overflate. Normalfunn på hals utelukker ikke halsgrep som forklart.

Halsgrep / trykk mot hals kan være livstruende ved å klemme av blodårer og/eller luftrør, eller mer sjeldent ved å utløse refleksutløst hjertestans.

Denne undersøkte fortalte om symptomer som pustevansker ved hendelse og synsforstyrrelser (svartnet for øynene), påfølgende, forbigående heshet og ubehag ved svelging. Dette er symptomer som vurderes å skyldes surstoffmangel og påvirkning mot strupehode/luftrør. Slike symptomer regnes som ledsagersymptomer ved/etter alvorlige og livstruende halsgrep eller trykk mot hals.

Andre ledsagersymptomer ved alvorlig halsgrep kan være bevisstløshet (besvimelse) ev. med tømning av urin/avføring pga. sentralnervøse reflekser som utløses ved gripet. Det er ikke rapportert slike fenomen hos denne undersøkte, men dette utelukker ikke alvorlighet.

Andre ledsagerfunn ved alvorlig halsgrep kan være punktblødninger i hals og ansiktsregionen ovenfor stedet der trykket påføres, som oppstår når blodstrømmen tilbake til hjertet hindres, trykket i blodkarene (vener/venyler) stiger, de minste blodårene (kapillærer) i huden brister og lekker små

mengder blod ut i vevet. Det er ikke observert slike punktblødninger hos undersøkte. Alvorlig halsgrep kan imidlertid tas uten at slike generaliserte punktblødninger oppstår.

Oppsummert har denne undersøkte rapportert om ledsagersymptomer som kan opptre ved alvorlige og potensielt livstruende halsgrep/trykk mot hals. Grensen mellom alvorlig, nær livstruende og livstruende trykk kan vanskelig settes eksakt. Grensen er glidende og snever, et alvorlig grep kan fort bli livstruende.

10.2 Diskusjon og vurdering av funn ved kroppsåpninger:

VEILEDNINGSTEKST

Skadevurdering og besvarelse av mandatet gjøres iht. anbefalt rettsmedisinsk metodikk i tre trinn:

A: klassifikasjon

B: skademekanisme

C: vurdering opp mot omstendigheter i saken

Vi foreslår at trinn A, klassifikasjonen, gjøres i tilknytning til det enkelte funn.

Trinn B og C samles under diskusjon og vurdering bl.a. iht. mandat.

Klassifikasjon (trinn A) gir grunnlag for å si noe generelt om skademekanisme (trinn B).

I trinn C diskuterer man sannsynlighet for og/ eller om hendelsesforløpet har inkludert skademekanismer som kan gi de aktuelle funnene slik disse fremstår i dokumentasjonsgrunnlaget.

Alternative oppkomstmekanismer til funn inkluderes der dette er relevant:

A. Først klassifiseres enkeltskadene basert på utseende/beskrivelse, f.eks. at skaden oppfattes som en bloduttredelse, overhudsavskrapning, hudrift, slimhinnerift, skjæresår, forfrysning og forbrenning etc. Dette kan gjøres i tilknytning til beskrivelse av funn, som vist i eksempel.

B. Deretter knyttes de klassifiserte funnene til relevant skademekanisme og gir eksempler på slike skadesituasjoner f.eks.:

- Stumt traume som f.eks. trykk, støt, gnidning, skraping med/mot gjenstand.
- Skarpt traume som f.eks. stikk, skjæring med skarp gjenstand.
- Termisk skade som f.eks. forfrysning, forbrenning.
- Kjemisk skade som f.eks. etseskade med irriterende væske.

C. Diskusjon og vurdering av ulike oppkomstsituasjoner. Der det foreligger et mandat f.eks. om å sammenholde funnene gjort ved undersøkelsen med fornærmedes forklaring forut for undersøkelsen, gjøres dette under trinn C. For å tydeliggjøre hvilke konkrete seksuelle handlinger i hendelsesforløpet vi vurderer funnen mot kan man kort presisere disse i starten av vurderingen. Her kan man også gi en samlet aldersvurdering.

Funn må diskuteres opp mot sykdom eller andre årsaker enn seksuell kontakt, der relevant.

Dersom det er funn som står i direkte motsetning til forklaringen må man skrive det. Dersom det ikke er sett funn som står i motsetning til forklaringen kan man også skrive det.

Der hvor mandatet ber om vurdering av om funnene kan skyldes selvpåført skade eller ulykke gjøres dette for alle funn. Der det ikke er bedt om slik vurdering diskuteres mulige «differensial-diagnoser»

mht. oppkomstsituasjon som f.eks. ulykke, eller selvpåført skade, der det fremstår relevant i forhold til omstendigheter og funn.

Det vil uansett alltid være flere typer situasjoner og seksuelle handlinger enn kun det angitte hendelsesforløp der funn kan ha oppstått og man må ta adekvat forbehold om dette.

Legeundersøkelse med inspeksjon kan uansett ikke avgjøre hvorvidt seksuell kontakt var frivillig eller ikke.

Husk også ev. behandling og følger av skader. Der hvor det har skjedd alvorligere, behandlingstrengende skade, bør dette nevnes, f.eks. ruptur ved fisting eller kar-skade ved bruk av skarpt fremmedlegeme. Det bør også kommenteres om skadene forventes å tilhele med eller uten varige mén.

EKSEMPEL FORMULERING

Undersøkte har forklart om inntrenging med penis i skjede og endetarmsåpning og at hennes kjønnsorgan ble slikket. Det er ikke angitt seksuell handling mot munnhule.

Normalfunn ved undersøkelse av munnhule og kjønnsorgan utvendig og innvendig kan passe med forklaringen og står ikke i motsetning til forklaringen om seksuell kontakt. Det er vanlig å ikke se skader etter seksuell kontakt som inntrenging med penis i skjede og slikking, også i tilfeller hvor kontakten oppgis være ufrivillig. Legeundersøkelse med inspeksjon alene kan verken bekrefte eller utelukke disse punkt.

Overfladisk hudskade/hudrift i endetarmsåpningen utvendig og angitt smerte og blødning er forenlig med stumpt traume som f.eks. støt, trykk, overstreking av vev. Funnet kan passe med seksuell kontakt som forklart. Overfladiske rifter, blødning og smerte ved avføring kan forekomme av andre årsaker som f.eks. forstoppelse eller tarmsykdom. Det foreligger imidlertid ikke holdepunkt for dette hos denne undersøkte.

Andre oppkomstsituasjoner for ovenstående funn enn de diskuterte, kan ikke utelukkes.

Det er ikke sett funn som står i motsetning til forklaringen.

Slik funnene fremstår er de forenlige med å ha oppstått rundt angitt tidspunkt for aktuell hendelse, men kan også være yngre/eldre. Eksakt aldersbestemmelse av skader er generelt vanskelig.

Analyse av spormateriale fra kroppsåpninger og sikret truse anbefales for ev. ytterligere å avklare seksuell kontakt.

Generelt om skader ved kroppsåpninger ved undersøkelse etter angitt seksuelt overgrep:

Forskning viser at skader ved kroppsåpninger totalt påvises i ca. 15-30 % av undersøkelser foretatt etter angitt seksualovergrep (tall fra studier ved vestlige overgrepsmottak).

Skader i munnhule, innvendig kjønnsorgan hos kvinner (skjede og livmorhals) og på kjønnsorgan hos menn forekommer sjelden.

10.3 Diskusjon og vurdering vedrørende hukommelse

VEILEDNINGSTEKST

Ved ufullstendige forklaringer, hvor pasienten angir hukommelsestap, blackout, hukommelseshull etc. er det nyttig å si noe om hukommelse eller bevissthetstap i en helhetlig vurdering av fysisk og psykisk tilstand. Det er nødvendig å forklare for rettsvesenet at hukommelsestap ikke nødvendigvis er ensbetydende med bevisstløshet eller passivitet, og at ikke alle som har vært bevisstløse vil være klar over det i ettertid.

De fleste klinikere ved overgrepsmottak bør kunne si noe generelt om dette, f.eks. at rusmidler, fysisk skade og psykiske forhold alle kan innvirke på hukommelse, både hver for seg, eller sammen. For en mer inngående vurdering av hukommelse eller bevissthetsnivå bør politiet spørre en spesialist i f.eks. nevrologi, psykiatri eller psykologi. Politiet bør og spørre spesialist i retts toksikologisk fortolkning med vurdering av påvirkningsgrad tilbake i tid, da dette ev. kan belyse påvirkningsgrad og bevissthetsnivå.

Avsnittet kan fjernes dersom ikke relevant for saken, alternativt skrive: «ikke aktuelt».

EKSEMPEL FORMULERINGER

Undersøkte har hatt vansker med å redegjøre for hendelsesforløpet, angir at hun/han/hen ikke husker hva som skjedde, husker kun bruddstykker.

Flere forhold kan innvirke på hukommelse:

Rusmidler:

Hodetraume: Etter hodeskade kan det inntreffe hukommelsestap for tiden like før og/eller etter skade.

Psykisk sjokktilstand:

10.4 Diskusjon og vurdering vedrørende psykisk tilstand

VEILEDNINGSTEKST

Oppgi observert tilstand og angitte reaksjoner og hvilke av disse som er vanlige ved og etter dramatiske, potensielt traumatiske hendelser.

Angitte reaksjonsmønstre under hendelsen (både fysisk, og emosjonelt), som f.eks. opplevelse av dødsangst, å være lammet i ord eller handling, angitt frys-reaksjon (tonisk immobilisering) er viktig å få med.

Hos pasienter hvor det har fremkommet tidligere belastninger, bør man inkludere i sin beskrivelse og vurdering at en ny belastning kan reaktivere tidligere symptomer og forvanske rehabiliteringen også i forhold til de tidligere erfaringene.

Mottakenes oppgave er ikke å sette psykiatriske diagnoser, men å synliggjøre hvordan reaksjonene som er sett og rapportert, kan passe med vanlige reaksjoner på traumatiske hendelser eller hvordan dette er sammenlignet med hva man vanligvis ser blant pasienter som søker hjelp ved overgrepsmottak¹.

Det er viktig å få frem at det er et bredt spekter av vanlige reaksjoner både i akutfasen og etterpå.

Det kan være hensiktsmessig med én samlet diskusjon og vurdering av psykisk tilstand slik det fremkommer ved førstegangsundersøkelse og ved oppfølging, der det er aktuelt.

EKSEMPEL FORMULERING

Undersøktets reaksjonsmønster ved førstegangsundersøkelse og i oppfølgingen kan være forenlig med at hun har vært utsatt for en traumatisk hendelse². Andre årsaker kan ikke utelukkes.

Om vurderingene av psykiske reaksjoner:

Vurderingen er foretatt ut fra alminnelig legeskjønn, og erfaring med psykiske traumer i arbeidet med volds- og overgrepssproblematikk, samt andre akutte medisinske situasjoner. Om mer inngående vurdering er nødvendig, bør spesialist i psykologi/psykiatri forespørres.

¹ Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS), Senter for krisepsykologi

² Traumatiserende/potensielt traumatiserende hendelser er situasjoner hvor en person opplever alvorlig trussel mot eget/ andres liv, helse eller integritet; slik at situasjonen utløser stor frykt, overveldelse eller hjelpeløshet, ev betydelig krenkelse. Eksempler på slike situasjoner kan være ulykker, brå død, overfall, vold, seksuelle overgrep; som enkeltstående hendelser eller gjentagende/ over tid..

I forbindelse med slike kritiske eller dramatiske hendelser er det vanlig å oppleve en rekke stressreaksjoner. Dette kan være fysiske reaksjoner, mentale reaksjoner og/ eller følelsesmessige reaksjoner. Grad og varighet av disse vil avhenge flere forhold. [Fra Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) og Senter for krisepsykologi.]

11 Oppsummering og konklusjon

EKSEMPEL FORMULERING

____-årig *kvinne/mann/annet* som undersøkes ____ timer/døgn etter angitt overgrep.

Hun/han/hen har forklart seg om vold i form av _____ og seksuell kontakt i form av _____.

Ved kroppsundersøkelse påvises _____ funn forenlig med *stump vold / skarp vold* og som kan ha oppstått i løpet av en hendelse som forklart (jf. punkt 10.1).

Ved undersøkelse av *munnhule/kjønnsorgan/endetarmsåpning* påvises _____ funn forenlig med stumpe traumer og som kan ha oppstått ved seksuell kontakt som forklart (jf. punkt 10.2).

Normalfunn ved kroppsåpninger/kjønnsorgan kan være vel forenlig med, men ikke konkret bekrefte eller utelukke seksuell kontakt som forklart (jf. punkt 10.2).

Det er ikke sett funn som står i motsetning til forklaringen.

Analyse av sikret spormateriale fra kroppsoverflate og sikret tøy kan ev. ytterligere avklare kontakt mellom partene.

Analyse av spormateriale fra kroppsåpninger og sikret truse kan ev. ytterligere avklare seksuell kontakt.

Undersøktes psykiske tilstand ved *førstegangsundersøkelse og i oppfølgingsperioden* kan være forenlig med en akutt stressreaksjon og er innen det spekter av akuttreaksjoner man ofte ser hos pasienter som oppsøker hjelp ved overgrepsmottak (jf. punkt 10.4).

Kopi av legeerklæringen sendes til Den Rettsmedisinske Kommisjon.

Sted/dato

Signatur Navn, kontaktadresse

11.1 Vedlegg:

VEILEDNINGSTEKST

Man må vurdere tekniske muligheter for å ha skisser og foto av funn integrert i selve legeerklæringen, under de avsnittene de hører hjemme. Slik blir det bedre sammenheng mellom beskrivelser i tekst og visuell dokumentasjon og mer brukervennlig for rekvirenten. I tillegg gir dette økt brukervennlighet og økt kontroll for det sakkyndige vitnet / den sakkyndige ved fremleggelse i en rettsal der det i dag oftest brukes digital rett.

Hvert overgrepsmottak kan vurdere å ha et vedlegg med en forklaring om hvordan tilbudet er organisert og undersøkelsene rutinemessig utføres.

Standardtekster om skadebeskrivelse og tolkning kan ev ligge i vedlegg, likeledes rutiner for vasking og prøvetaking av spor – og da kunne nøye seg med å presisere ev avvik fra rutinen i selve erklæringen.

Sakkyndiges kvalifikasjoner kan utdypes i et vedlegg, dette bør være kortfattet i innledningen.

Undersøkende leges kvalifikasjoner (ev. på gruppenivå) kan inngå i et vedlegg.

Ikke legg ved rusmiddelanalyser dersom det mangler fritak. Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) skal også ha kopi av vedleggene, men ikke av foto med mindre disse integreres i selve erklæringen.

- Skisser
- Foto
- Skjema for oversikt sikrede spor, Retningslinjer for sporsikring og prøvetaking.
- Kopi av analyseresultat toksikologi
- Om medisinsk / rettsmedisinsk undersøkelse ved overgrepsmottaket i _____