



POLITIET
KRIPOS

ALVORLIG VOLD MOT SMÅ BARN 2026



Forord

Hvert år får et betydelig antall barn alvorlige skader som gir grunn til å mistenke at de har blitt utsatt for vold. Politiets etterforskning av slike saker har høy prioritet, både for å beskytte barna, sikre rettssikkerheten til alle involverte og forebygge ny vold. Riksadvokaten har bestemt at politidistriktene skal varsle og konsultere Kripos i saker der små barn blir alvorlig skadet, kan få varige mén eller dør. Kripos' rolle er å støtte politidistriktene i arbeidet med disse sakene.

Vold mot små barn skjer som oftest i hjemmet, uten vitner. Barna har ingen eller begrensede språkferdigheter og liten mulighet til å fortelle hva som har skjedd. Dette gjør volden særlig vanskelig å forebygge, avdekke og etterforske. For å kunne avdekke volden og beskytte barna, er politiet avhengig av tett samarbeid med helsetjenester, barnevern og andre aktører som kommer i kontakt med dem.

Kripos ga ut en rapport om samme tema i 2019 og har erfart at utvikling og deling av kunnskap om disse sakene er et viktig ledd i samarbeidet mellom ulike aktører som arbeider med barn. Kripos fortsetter derfor utviklingen av kunnskap på dette området. Målet er å gi et bedre grunnlag for å gjenkjenne risiko, avdekke vold og sette inn riktige tiltak i familier som trenger det.

April 2026

Kristin Kvigne



Innhold

Forord	3
Sammendrag	6
Kapittel 1 Innledning	8
1.1 Rapportens bakgrunn og formål	8
1.2 Avgrensning av rapporten	8
1.3 Rapportens oppbygging	10
Kapittel 2 Metode	11
2.1. Kilder	11
2.2. Om utvalget	11
2.3. De anmeldte sakene	14
Kapittel 3 Skadeutfall – barnas skader og omsorgspersonenes forklaring	15
3.1 Skadeutfall	15
3.2 Dødsfall	13
3.3 Omsorgspersonenes forklaring til skadene	25
3.4 Saker med et særlig alvorlig skadebilde	28
Kapittel 4 Avdekking av skaden og anmeldelse til politiet	29
4.1 Lovverk om varsling	29
4.2 Varslingskjeden i saker om alvorlig vold mot barn	30
4.3 Varslingstid	33
Kapittel 5 De fornærmede	35
5.1 Kjønn, alder og familiesituasjon	35
5.2 Sårbarheter hos de fornærmede	36
5.3 Langsiktige følger av vold tidlig i barndommen	38

Kapittel 6 De anmeldte	40
6.1 Saksavgjørelse av det anmeldte forholdet	40
6.2 Kjønn, alder og familiesituasjon	40
6.3 Straffehistorikk	40
6.4 Sårbarheter hos de anmeldte	41
6.5 Arbeidsstatus	44
6.6 Fødeland og statsborgerskap	45
6.7 Særlig sårbare familier med mange risikofaktorer	45
Kapittel 7 Medisinsk barnemishandling	48
7.1 Om medisinsk barnemishandling	48
7.2 Barna utsatt for medisinsk mishandling og sykdomsbildet	49
7.3 Utøvelsen og konsekvensene av barnemishandlingen	50
7.4 Foreldre og omsorgspersoner	51
7.5 Atferdsavvik, personlighet og psykiske helseutfordringer	52
7.6 Økonomiske gevinster	53
7.7 Forholdet til helsepersonell	54
7.8 Utfordringene med å avdekke medisinsk barnemishandling	55
Kapittel 8 Bedre beskyttelse av barn og rettssikkerhet i saker som gjelder alvorlig vold mot barn	57
8.1 Kompetansehevende tiltak	57
8.2 Samarbeidsfremmende tiltak	59
8.3 Forebyggende tiltak	61
8.4 Etterforskning og rettsvern	63
Referanser	65

Sammendrag

Vold mot små barn er et alvorlig samfunnsproblem med betydelige konsekvenser både på kort og lang sikt. Erfaringer med vold i tidlig barndom øker risikoen for psykiske plager, fysiske helseproblemer og senere utfordringer knyttet til atferd og sosial fungering. I sine første leveår er barn særlig sårbare og ringvirkningene kan bli store.

Tidlig avdekking og målrettet innsats er dermed helt avgjørende. Med denne rapporten ønsker Kripos å bidra til å øke kunnskapen om alvorlig vold mot små barn, slik at utsatte barn kan identifiseres tidlig og få nødvendig og tilpasset hjelp.

Rapporten beskriver 114 straffesaker med 115 fornærmede barn i perioden 2019-2024 der det var mistanke om vold som medførte alvorlig fysisk skade, varige mén eller dødsfall hos barn under fire år.

Gjennomgangen av straffesakene viser følgende hovedfunn:



De fornærmede

- Totalt 115 barn under fire år var registrert som fornærmet. 65 % av dem var ett år eller yngre da skaden ble registrert. En tredjedel av barna var under seks måneder.
- 63 % av barna hadde en form for sårbarhet før skadehendelsen. Dette kunne være alt fra mye gråt til medfødte diagnoser eller forsinket utvikling. Omtrent 30 % av barna var *særlig sårbare*, i form av én eller flere uttalte helseproblemer eller utviklingsvansker.



Skadene

- Brudd i kroppen og én eller flere hodeskader, inkludert brudd i hodeskallen, var de vanligste formene for skader.
- 31 barn hadde et *særlig alvorlig skadebilde*, typisk med svært mange brudd, alvorlig hjerne-skade, livstruende skader eller dødsfall.
- Blant de 114 anmeldte sakene var det 13 dødsfall.



De anmeldte

- 156 personer var anmeldt i sakene og nesten alle var barnets foreldre. Omtrent like mange mødre og fedre var anmeldt.
- De fleste anmeldte foreldrene var et sted mellom 27 og 35 år, og mange av dem hadde flere barn.
- Svært mange av de anmeldte hadde lovbruddshistorikk, hvorav 20% var mistenkt, siktet eller domfelt i saker der minst én anmeldelse gjaldt volds- eller seksuallovbrudd.
- I 78% av sakene hadde de anmeldte én eller flere sårbarhets- og risikofaktorer, slik som psykiske helseplager, tidligere rusproblematikk, arbeidsledighet eller straffehistorikk.
- I 27% av sakene hadde de anmeldte foreldrene særlig alvorlige risiko- og sårbarhetsfaktorer, typisk en kombinasjon av alvorlige psykiske lidelser, pågående rusmisbruk og/eller vold og konflikt i hjemmet. De fleste var allerede kjent for offentlige hjelpeinstanser.



Varsling til politiet

- Som oftest tok en eller begge av barnas foreldre det skadede barnet til en helsetjeneste. Da helsetjenesten varslet videre om en mistenkelig skade, gjorde de det oftest direkte til politiet. I en del saker ble kun barnevernet varslet. Politiet ble senere varslet av barnevernet eller fikk kjennskap til saken på andre måter.
- Nær syv av ti saker ble varslet videre til politiet, fra helsetjeneste eller barnevern, innen 24 timer etter at en mistenkelig skade ble avdekket.
- I 20 saker var varslingstiden over 1 uke. Lang varslingstid får konsekvenser for politiets muligheter til å avklare hva som har skjedd.



Mistanke om medisinsk barnemishandling

- Siden kunnskapsgrunnlaget om medisinsk barnemishandling er begrenset i norsk sammenheng, er dette temaet blitt belyst med et utvidet utvalg, som omfatter saker der barna er eldre enn fire år og som ligger utenfor perioden 2019-2024.
- Den vanligste formene for medisinsk mishandling var påføring av symptomer, typisk ved forgiftning, kvelning eller påføring av infeksjoner. Feilaktige beskrivelser og fremstillinger av barnets symptombilde var også vanlig.
- Det var nesten alltid barnets mor som var mistenkt eller siktet.
- Mange av de mistenkte mødrene hadde – eller hevdet å ha – helsefaglig bakgrunn, stod utenfor arbeidslivet og hadde psykiske helseutfordringer.

Rapporten peker i tillegg på følgende behov for å styrke barns rettssikkerhet i saker som gjelder alvorlig vold:

En sentral målsetting bør være at alle som arbeider med barn, eller er i kontakt med barn, skal kunne bygge på et felles kunnskapsgrunnlag om hvordan vold mot barn kan utarte seg, hvilke familier som kan være spesielt utsatte og hvilke konsekvenser volden kan få. Det er i tillegg behov for mer kunnskap og felles forståelse av hva alvorlig omsorgssvikt er, og når slike tilfeller bør etterforskes av politiet.

God og tett samhandling mellom politi, barnevern og helsetjenester er et viktig innsatsområde. Erfaringsdeling mellom etatene og tverrfaglig samarbeid kan i seg selv bidra til å heve kompetansen om vold mot barn. Funnene i denne rapporten peker samtidig på utfordringer knyttet til varsling, avvergingsplikt og taushetsplikt. En felles forståelse av regelverket og en lavere terskel for å varsle ved mistanke om vold kan være et avgjørende virkemiddel for å styrke samhandlingen og bidra til mer effektiv forebygging.

Forebyggende arbeid i familier med sammensatte risikofaktorer er viktig og forutsetter helhetlige og kunnskapsbaserte tiltak. Et felles språk og en omforent forståelse av risiko- og sårbarhet mellom hjelpeinstanser kan bidra til raskere avdekking og mer målrettet forebygging. Tidlig innsats i utsatte familier, kombinert med systematisk og koordinert oppfølging, er helt sentralt i dette arbeidet.

Det er viktig å sikre en god ivaretagelse av barns interesser i etterforskning av straffesaker. I denne sammenhengen anser Kripos det som positivt at regjeringen har fått i oppgave å gjennomgå regelverket for dødsstedsundersøkelse og å vurdere behovet for eventuelle lovendringer. Oppnevning av bistandsadvokat for avdøde barn hvor det foreligger mistanke om straffbare forhold, bør vurderes som et ledd i å styrke barns rettssikkerhet.

Kapittel 1

Innledning

1.1 Rapportens bakgrunn og formål

Små barn er særlig sårbare, og har liten eller ingen evne til å motsette seg vold. De er helt avhengige av omsorg og beskyttelse fra foreldre eller andre omsorgspersoner. Likevel utsettes noen barn for alvorlig vold fra nettopp dem som skulle vært deres trygge voksenpersoner. Dette kan gi alvorlige og langvarige skadefølger.

Det er flere grunner til at vold mot barn er vanskelig å forebygge, avdekke, etterforske og utvikle kunnskap om. Særlig gjelder dette når barna er helt små. De har manglende eller begrensede språkferdigheter, og har derfor ingen eller liten mulighet til å fortelle om hva som har skjedd.

Små barn har også en svært begrenset omgangskrets, bestående i hovedsak av deres nærmeste omsorgspersoner. Dermed er det få andre som kan fange opp tegn på at noe er galt. Volden skjer oftest i barnets hjem, uten vitner til stede.

Kripos har en sentral rolle i norsk politis håndtering av saker om alvorlig vold mot små barn, og har særskilt kompetanse til å bistå i etterforskningen og forebyggingen av disse. Kripos ga i 2019 for første gang ut en rapport om disse sakene i rapporten *Alvorlig vold mot små barn*. Et formål med denne rapporten er derfor å gi et oppdatert og felles situasjonsbilde. Hensikten er å legge til rette for kunnskapsdeling og

samarbeid mellom alle som jobber med små barn, og som dermed kan bidra til å avdekke, beskytte og iverksette etterforskning av vold og omsorgssvikt.

1.2. Avgrensning av rapporten

Sakene som ligger til grunn for denne rapporten, er straffesaker som er anmeldt til politiet med mistanke om vold mot barn under 4 år, som har resultert i at barnet har fått en *alvorlig skade, har fått varige mén eller dør*.

Denne avgrensningen er gjort med utgangspunkt i Riksadvokatens kvalitetsrundskriv.¹ I rundskrivet understrekes det at saker om alvorlig vold mot små barn er krevende å etterforske og påtaleavgjøre og må behandles med særlig grundighet. Det spesifiseres at politidistriktene allerede ved de innledende undersøkelser skal varsle og konsultere Kripos om voldssaker der små barn blir *alvorlig skadet, forventes å få varige mén eller dør*.

1.2.1. Voldsbegrepet: alvorlig fysisk vold

Voldskriminalitet omfatter mange ulike handlinger, med ulike utfall. Ofte skiller man mellom fysisk vold, psykisk vold, seksualisert vold og omsorgssvikt.² Disse kategoriene overlapper, slik at en person kan utsettes for flere av formene for vold uten nødvendigvis å oppleve dem som separate handlinger.³



Foto: Shutterstock.com

Denne rapporten omhandler primært saker med mistanke om fysisk vold, men inkluderer i likhet med forrige rapport også noen unnlateseshandlinger som har medført alvorlig skade, varig mén eller dødsfall. I praksis innebærer unnlateseshandlingene typisk at etterforskning utløses ved en svært alvorlig skadependelse og mistanke om at barnet ble overlatt til seg selv i en situasjon som var farlig eller krevde betydelig mer tilsyn fra en voksen.

I noen få saker gjaldt mistanken medisinsk barnemishandling (se kapittel 7). I disse sakene dreier mistanken seg om å lyve, feilaktig fremstille eller aktivt påføre symptomer og sykdommer hos barnet, slik at barnet gjennomgår unødvendig medisinsk utredning eller behandling. De inkluderte sakene oppfyller kriteriene for rapportens utvalg (alvorlig skade eller varige mén) enten alene som følge av voldsutøvelsen det er mistanke om (forgiftning, kvelning, dehydrering, underernæring, slag), eller i kombinasjon med følgene av den antatt unødvendige – og til tider smertefulle – medisinske behandlingen barnet ble utsatt for.

Selv om både psykisk og seksualisert vold kan være svært skadelig for barn og unges helse og påvirke

barnets videre utvikling, faller disse formene for vold utenfor rapportens fokusområde. Det forekommer imidlertid mange saker i rapportens utvalg hvor det er mistanke også om psykisk vold, seksuell vold eller omsorgssvikt i tillegg til de(n) mistenkte voldshendelsen(e) som fører til at saken inkluderes i rapporten.

Rapporten konsentrerer seg videre om de *mest alvorlige* voldshendelsene. I tråd med Riksadvokatens rundskriv gjelder dette saker der barnet har fått en *alvorlig skade, har fått varige mén eller dør*. Det er altså den *fysiske skadefølgen* av voldshendelsen som er avgjørende for om en sak er inkludert i rapportens utvalg av saker. Dette skiller seg fra det mest vanlige i voldsforskning, nemlig å ta utgangspunkt i selve *handlingen*, uavhengig av skadefølgene.⁴

Eksempel på skader som inngår i rapportens saksutvalg, er brudd ulike steder i barnets kropp og hodeskalle, alvorlige hodeskader, brann- og forgiftningsskader og hudskader som er så store at de må sys med flere sting. Saker der konsekvensene begrenser seg til blåmerker, hevelser eller mindre sårskader, inngår ikke i rapporten. Rapportens utvalgsriterier og avgrensninger beskrives nærmere i kapittel 2.

¹ Riksadvokaten, Kvalitetsrundskriv 3/2018 – Kvalitet i etterforskning og påtale, revidert 21. februar 2019.

² WHO, 2002.

³ Aakvaag et al., 2016.

⁴ Se for eksempel Løvgren et al., 2017; Mossige og Stefansen, 2016.

Det er alltid alvorlig når små barn utsettes for vold. Selv om denne rapporten fokuserer på de mest alvorlige fysiske skadefølgene, betyr det naturligvis ikke at saker der barn får andre skader eller utsettes for andre typer vold, *ikke* anses som alvorlige.

1.2.2. Årsaken til skaden

Felles for sakene som inngår i rapportens utvalg, er at et barn har fått en eller flere fysisk skader, og at noen, som regel helsepersonell, har vurdert det som nødvendig å varsle barnevernet og/eller politiet.

Noen ganger blir politiet varslet om saker hvor det på tidspunktet for varslingen er umulig å si noe sikkert om hva skaden skyldes, når den oppstod, og om den kan ha medisinsk årsak. Tolkning av skader hos små barn kan være en vanskelig og kompleks oppgave også lengre ut i en etterforskning og medisinsk utredning. Rapporten vil derfor omhandle saker hvor årsaken fortsatt er uavklart eller hvor det er uenighet om årsaken til barnets skade.

Det er sjelden at en person som er mistenkt for å ha utøvd alvorlig vold mot et barn, erkjenner å ha skadet barnet med viten og vilje. Som oftest forklarer de at skaden må skyldes en ulykke eller håndtering av barnet som det ikke var forventet at det skulle ta skade av. I en del tilfeller stiller de seg uforstående til hvordan skaden har oppstått.

Oppsummeringsvis betyr dette at for et flertall av sakene mangler det sikre svar om nøyaktig hvordan, og i hvilken sammenheng, barnets skader oppstod.

1.3. Rapportens oppbygging

Rapporten består av 8 kapitler. Kapittel 2 beskriver rapportens metode og saksutvalget som ligger til grunn for rapporten. Kapittel 3 beskriver hvilke skader barna i saksutvalget hadde. Kapittel 4 handler om hvordan sakene ble varslet til politiet.

Kapittel 5 beskriver hva vi vet om de fornærmede

barna, mens kapittel 6 beskriver personene som er anmeldt for å ha begått alvorlig vold mot dem.

I denne rapporten omtales både personer som er mistenkt, siktet eller domfelt for vold mot barn, og omsorgspersoner som har status som vitne i sakene. Formålet er å beskrive barnets omgivelser og situasjon på en måte som gir et helhetlig bilde av forholdene rundt barnet. Ved omtale av både de anmeldte og andre omsorgspersoner som har hatt en rolle i barnets liv – foreldre, steforeldre, fosterforeldre og besteforeldre – brukes begrepet omsorgsperson. Når vi bruker begrepet foreldre, viser det til barnets biologiske foreldre. Både omsorgspersoner og foreldre kan ha ulike roller i straffesaken, som mistenkt, siktet, domfelt eller vitne.

Kapittel 7 fokuserer på saker hvor den anmeldte var mistenkt for medisinsk barnemishandling, tidligere ofte omtalt som münchausen by proxy. Etter Kripas kjennskap er det første gang slike saker beskrives offentlig med utgangspunkt i saker som har skjedd i Norge.

Rapportens siste kapittel (8) drøfter funn fra kapittel 3-7 med rapportens formål som omdreiningspunkt: Hvordan kan offentlige tjenester fremme avdekking, forebygging og etterforskning av alvorlig vold mot små barn?

Noen saker skiller seg ut med særlig alvorlige skadeutfall. Disse ble samlet i en egen undergruppe som omtales som saker med *særlig alvorlig skadebilde*. Denne gruppen består av 31 saker og følges opp i flere kapitler for å belyse hvordan varslingsprosessen har fungert, hva som kjennetegner barna og deres omsorgssituasjon, samt kjennetegn hos de anmeldte i de mest alvorlige tilfellene.

Kapittel 2
Metode

2.1. Kilder

Rapportens primære informasjonskilde er politiets registre. I tillegg ses denne informasjonen i lys av nasjonal og internasjonal forskning.

2.1.1 Politiets registre

Politiets straffesaksregister STRASAK ble brukt som hovedgrunnlag for å finne straffesakene som utgjør rapportens hovedutvalg. Den viktigste kilden til informasjon om sakene har vært saksbehandlings-systemet for straffesaker, BL (BasisLøsninger). BL inneholder all skriftlig dokumentasjon fra politiets etterforskning, inkludert dommer, avhørsrapporter, medisinske journaler og uttalelser fra helsepersonell, barnevernsansatte og sakkyndige. I tillegg har vi gjort søk i politiets oppdragslogg og i politiets etterretningsregister.

2.1.2. Nasjonal og internasjonal forskning

For å kunne belyse volden og omstendighetene rundt best mulig har vi trukket inn funn fra en rekke norske og internasjonale studier. For å få oversikt over fagfeltet har vi prioritert norsk forskning og ellers metaanalyser og systematiske litteraturgjennom-ganger. I søk etter ny litteratur utgitt siden forrige barnevoldsrapport (2019) har vi prioritert nyere norsk forskning knyttet til avdekking av alvorlig vold mot barn.

2.2. Om utvalget

Rapportens utvalg består av saker anmeldt i perioden 01.01.2019-31.12.2024 der fornærmede var under 4 år da saken ble registrert hos politiet.⁵

Små barn kan være registrert som fornærmet i en rekke ulike sakstyper. For å sikre at rapportens saksutvalg kun omfattet saker om *alvorlig og/eller dødelig vold* i henhold til avgrensningen i kapittel 1.2.1 ble visse sakskategorier fjernet, som saker med seksuelle overgrep, trusler, narkotikaforbrytelser og trafikkovertrедelser. Saker kodet som *undersøkelses-saker* ble værende i datamaterialet. Undersøkelsessaker diskuteres nærmere i del 2.3.

Videre ble straffesaker kodet som *kroppskrenkelse, mishandling i nære relasjoner med kroppskrenkelse* fjernet fra utvalget. Antallet saker som er kodet under disse statistikkgruppene, er svært høyt. Vår erfaring tilsier at de sjelden faller inn under rapportens definisjon av alvorlig vold uten at Kripas blir varslet om dem, og at det derfor ikke var hensiktsmessig å gjennomgå dem alle. I mange slike saker er for øvrig barnet ikke direkte fysisk fornærmet – barnet har for eksempel vært vitne til at et familiemedlem ble utsatt for vold – og slik fått status som fornærmet. Til tross for at slike saker kan være svært alvorlige, faller de utenfor rapportens fokusområde.

Det kan ikke utelukkes at fjerning av de ovennevnte straffesakskodene medførte å fjerne enkelte straffesaker som rent faktisk faller innenfor rapportens definisjon av alvorlig vold.

5 Uttrekket ble gjort fra PAL Strasak 6.1.2025 (fryste tall for gjeldene år).

2.2.1. Gjennomgang og vurdering av saker fra saksuttrekket

Etter denne gjennomgangen besto utvalget av 717 straffesaker. Disse ble søkt opp i BL og det ble vurdert om forholdene i saken, blant annet skadens alvorlighet, passet til utvalgskriteriene. Under beskrives vurderingene vi gjorde for å komme frem til rapportens endelige datautvalg.

Saker som ikke gjelder alvorlig vold

Saker der en mistenkt voldshendelse ikke medførte *alvorlig skade, varige mén eller død*, ble fjernet fra utvalget. For de fleste sakene var dette en forholdsvis enkel vurdering. I noen tilfeller var imidlertid vurderingen av hvorvidt skaden var *alvorlig* eller ikke, vanskeligere, for eksempel der barnet hadde omfattende blåmerker og sår, men ingen andre fysiske skader. Selv om slike skadefølger også er alvorlige, faller de utenfor rapportens definisjon av alvorlig vold.

Saker registrert som mistenkelig dødsfall

Når et barn dør plutselig og uventet, skal legen som erklærer barnet dødt, underrette politiet.⁶ Politiet skal i slike tilfeller innlede etterforskning selv om det ikke er grunn til mistanke om at det har skjedd et straffbart forhold.⁷

81 av de gjennomgåtte sakene var kategorisert som *mistenkelig dødsfall*. I gjennomgangen av disse sakene ble kun den endelige rapporten fra den rettsmedisinske undersøkelsen lest.

I 42 av sakene ble det i obduksjonsrapporten vurdert at den mest sannsynlige dødsårsaken var sykdom eller en annen medisinsk tilstand. Disse sakene ble fjernet fra rapportens utvalg.

I 39 av sakene ble dødsfallet vurdert som *plutselig uventet spedbarnsdød*, eller omtalt med liknende terminologi. Dette er saker som ofte omtales som krybbedød, dvs. dødsfall der man ikke finner noen klar dødsårsak etter obduksjon. De 39 sakene ble også fjernet fra utvalget.

Oppsummert forekommer det i perioden 2019-2024 en del dødsfall hos spedbarn og små barn hvor dødsårsaken er uklar (39) eller beheftet med ulike grader av usikkerhet (42). I sakene hvor det ikke er funnet medisinsk årsak til døden, kan det være vanskeligere å avklare dødsårsak. Glidninger mellom ulike kategorier av dødsmåter kan tolkes ulikt og endre seg over tid.⁸

I noen få tilfeller kan det forekomme skjulte tilfeller av dødelig vold eller alvorlig omsorgssvikt i slike saker.⁹ Rettssikkerheten til de involverte i disse sakene omtales nærmere i kapittel 3 og 8.

2.2.2. Saker funnet i tillegg til søk Strasak

Kripos fører en egen oversikt over saker Kripos blir varslet om. Det forekommer at slike varslede saker er registrert med en straffesakscode som gjør at saken ikke kommer med i rapportens saksuttrekk fra STRASAK. For å sikre at rapporten så langt det lar seg gjøre, omhandler alle saker som treffer rapportens utvalgskriterier, ble alle saker i Kripos oversikt gjennomgått. Etter å ha vurdert sakene med tanke på skadens alvorlighet og sakens omstendigheter ble ytterligere 16 saker lagt til i rapportens endelige datautvalg.¹⁰

2.2.3. Endelig hovedutvalg

Etter overnevnte vurderinger og avgrensninger teller rapportens utvalg **114 straffesaker**¹¹ som omhandler mistanke om alvorlig og/eller dødelig vold mot barn under fire år.

2.2.4. Tilleggsutvalg til rapportens kapittel 7 om saker med mistanke om medisinsk barnemishandling

Medisinsk barnemishandling er en alvorlig form for vold som i liten grad er beskrevet i norsk litteratur basert på norske straffesaker. For å styrke kunnskapsgrunnlaget ble det i kapittel 7 kodet og analysert saker med mistanke om medisinsk barnemishandling registrert både før og etter rapporteringsperioden for denne rapporten (2019–2024). Aldersspennet i dette materialet er utvidet sammenlignet med fornærmede i hovedutvalget (0–4 år), og omfatter barn fra fem uker til 18 år på registreringstidspunktet.

2.2.5. Begrensninger ved rapportens datamateriale

Politiets informasjonsinnhenting i straffesaker har ikke nødvendigvis til formål å besvare de samme kunnskapsbehovene som en rapport av denne typen. Det forekommer derfor at informasjon om sakens omstendigheter, inkludert potensielle risiko- og sårbarhetsfaktorer og de involvertes tidligere kontakt med offentlig hjelpeapparat, er mangelfull.

Beskrivelsene i rapporten tar utgangspunkt i opplysninger som beskriver *mistanke* om at barnet er utsatt for vold, men hvor faktiske forhold ikke nødvendigvis er endelig avklart. Vurderingene i rapporten bygger derfor på tilgjengelig dokumentasjon slik den var på tidspunktet for gjennomgangen, uten at dette innebærer noen konklusjon om faktisk voldsbruk eller skyld.

I materialet er det de mest alvorlige og omfattende sakene som vanligvis blir etterforsket med størst grundighet. Det betyr også at det i disse sakene foreligger mest informasjon å analysere. Dette kan gi et skjevt bilde av helheten, da noen saker har færre etterforskingsskritt og dermed mindre dokumentasjon. Det kan ikke utelukkes at enkelte forhold er underrepresentert i datagrunnlaget, ikke fordi de ikke forekommer, men fordi de ikke er blitt undersøkt like inngående. Vurderingene i rapporten må derfor forstås i lys av denne mulige skjevheten.

Det er grunn til å tro at politiet ikke blir varslet i alle tilfeller av alvorlig vold begått mot barn. Antallet saker i rapporten reflekterer ikke det reelle omfanget av slike saker, og det er grunn til å tro at noen voldsfenomener i større grad forblir uoppdagede enn andre. Arbeidet med denne rapporten har vist at medisinsk barnemishandling er en sakstype som er spesielt vanskelig å avdekke og som trolig skaper en særlig tvil hos fagfolk om hvorvidt de skal varsle politiet.

6 Lov om helsepersonell mv. § 36 tredje ledd sammenholdt med forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. (FOR-2000-12-21-1378).

7 Straffeprosessloven § 224 første ledd og påtaleinstruksen §§ 7-4 sjettede ledd og 13-2 tredje ledd.

8 Bøylestad, 2026.

9 Milroy & Kepron, 2017.

10 Sakene var blant annet kodet som *kroppskrenkelse, mishandling i nære relasjoner med kroppskrenkelse, mishandling i nære relasjoner uten kroppskrenkelse og mishandling i nære relasjoner med kroppskrenkelse*.

11 98 saker fra uttrekk fra Strasad, ytterligere 16 saker som hadde blitt varslet Kripos, men som ikke ble med i hoveduttrekket på grunn av straffesakskodningen.

2.3. De anmeldte sakene

Alvorlige voldshandlinger kan falle inn under ulike straffebud og mange straffesaker kodes om underveis i etterforskningen. Sakene i rapporten fordelte seg på en rekke ulike statistikkgrupper i politiets straffesakssystem.

Ettersom forholdsvis få saker anmeldes hvert år, er det vanskelig å trekke noen klare konklusjoner om utvikling, sakstyper og politiets kodepraksis. Sakenes avgjørelse diskuteres i kapittel 6, som handler om de anmeldte.

Figur 1: Anmeldte saker i STRASAK 2019–2024, fordelt på statistikkgrupper (N=114)¹²

Straffebestemmelse	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Sum
1751 Kroppskrenkelse						1	1
1752 Grov kroppskrenkelse	1			1	2		4
1754 Kroppsskade	5	10	3	1	2	9	30
1755 Grov kroppsskade	5	1	3	4	4	3	20
1756 Grov kroppsskade, med følge død		1			1		2
1757 Drap ¹³	2	1		1	1	2	7
1758 Drap, forsøk	1	1			1		3
1765 Uakts forvold av annen betyd skade på kropp/helse, annen		1		2			3
1766 Uaktsom forvoldelse av død	1		1	2	1		5
1768 Mishandling i nære relasjoner, med kroppskrenkelse		3	3	1	2	3	12
1770 Grov mishandling i nære relasjoner, med kroppskrenkelse	3	1	5	2	1	1	13
1771 Grov mishandling i nære relasjoner, uten kroppskrenkelse	1				1		2
1778 Hensettelse i hjelpeløs tilstand		3	2		1		6
1798 Voldslovbrudd mv., diverse (strl. kap 25)			1		1		2
9799 UNDERSØKELSE, DIVERSE		2		1		1	4
Sum	19	24	18	15	18	20	114

Fire av sakene (3,5 %) er kodet som undersøkelsessak. Politiet kan kode en anmeldelse som en undersøkelsessak hvis det er nødvendig å foreta noen undersøkelser for å få et forsvarlig grunnlag for å avgjøre om etterforskning skal settes i verk. Saker registrert som undersøkelsessaker skal omkodes til en etterforskningssak idet det reelt sett igangsettes en etterforskning.¹⁴ Hvordan en sak kodes, har ofte betydning for hvilken prioritet saken får. Desto mer alvorlig straffesakskode, desto høyere prioritet får ofte saken.

Etter vår vurdering har politiet i de fire undersøkelsessakene i realiteten startet en etterforskning av et mulig voldslovbrudd. I rapporten om alvorlig vold mot barn fra 2019 var andelen undersøkelsessaker langt høyere (10%). Dette kan tyde på at politi og påtalemyndighet de senere år i større grad koder om undersøkelsessaker til etterforskningssaker når kortvarige, innledende undersøkelser er gjennomført. Dette kan bidra til å øke sakenes prioritet og oppklaringspotensial.

12 Tabellen viser hvilken straffesakskode saken hadde på tidspunktet for uttrekket.
13 I en av sakene er barnet som er i utvalget ikke drept, men saken er kodet som drap fordi søsken til barnet ble drept i samme hendelse. Barnet saken gjelder overlevde med skader. En annen drapssak er i ettertid kodet om fra drap til grov kroppsskade med dødsfølge.
14 Riksadvokatens rundskriv nr. 3/2018, pkt. 4.1.3.

Kapittel 3
Skadeutfall – barnas skader og omsorgspersonenes forklaring

Dette kapittelet gir en oversikt over straffesakene som danner grunnlag for rapportens analyser, og går nærmere inn på de ulike typene skadeutfall de fornærmede barna har blitt utsatt for.

3.1. Skadeutfall

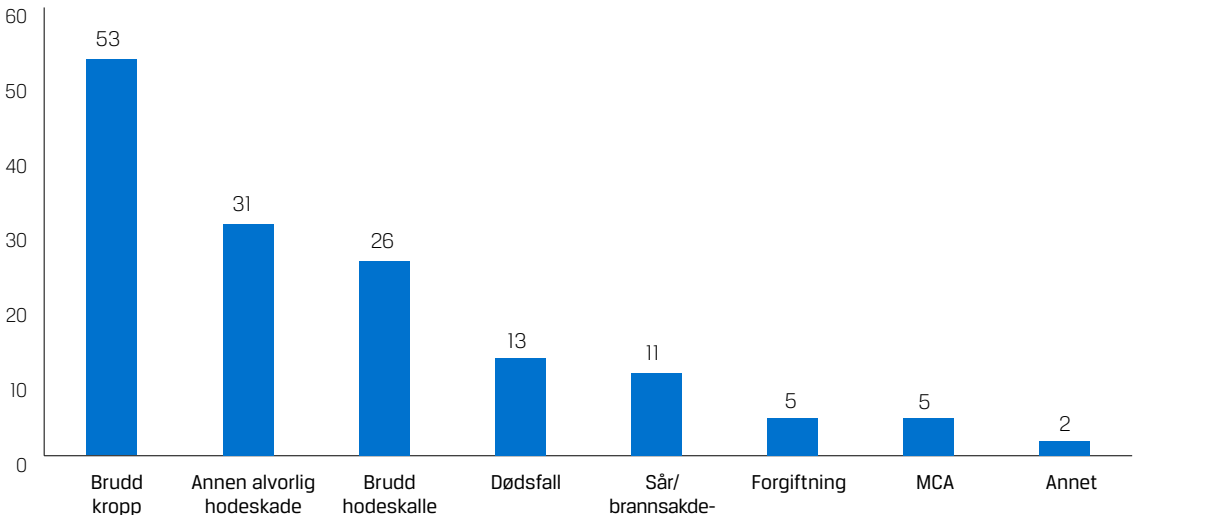
Under gjennomgangen av de anmeldte sakene er det undersøkt hva slags skader de 115 barna registrert som fornærmet i sakene har fått. Videre er det kodet noen forhåndsdefinerte overordnede kategorier av skader (se figur 2). Det er registrert 146 skadeutfall hos de 115 barna. Mange av barna hadde med andre ord fått mer enn én type skade. Barna hadde totalt et vesentlig høyere antall skader enn dette, siden kun de mest alvorlige skadene registreres og fordi flere skader av samme type teller som én skade. For eksempel ble flere bruddskader eller forgiftninger ved ulike anledninger kun registrert som ett skadeutfall. Det ble heller ikke registrert kvantitativ informasjon

om den psykiske volden og neglisjeringen flere av barna hadde vært utsatt for.

Figur 2 gir en oversikt over alle typer registrerte skadeutfall hos barnet. Ulike former for bruddskader (inkludert brudd i hodeskallen) var den vanligste formen for alvorlig skade barn under fire år ble utsatt for. Saker med mistanke om medisinsk barnemishandling innebærer et svært sammensatt skadebilde. Disse sakene, herunder skadeutfallene hos barna, er omtalt for seg selv i kapittel 7.

Figuren skiller mellom bruddskader i barnets kropp og bruddskader i barnets hodeskalle. Selv om skadene kan ha samme årsak, har de ulik alvorlighetsgrad. Brudd i hodeskallen kan gi hjerneblødning og andre komplikasjoner som kan være livstruende, mens brudd i kroppen vanligvis har et lavere skadepotensial.

Figur 2: Skadeutfall (N=146) - bruddskade, alvorlig hodeskade, brudd i hodeskallen, dødsfall, omfattende sår/brannskade, forgiftning, MCA, annet



3.1.1 Bruddskader i kroppen

Bruddskader i barnets kropp var registrert som ett av utfallene hos 53 barn, fordelt på 52 registrerte saker¹⁵. Omfanget av skadene hos barna varierte, fra enkeltstående brudd til flere titalls brudd på ulike deler av kroppen. Tellingene omfatter antall barn som har brudd, ikke antall brudd per barn.

Barnets alder på tidspunktet bruddskaden oppsto varierte, men det store flertallet var under ett år (79 %). Over halvparten (51 %) av barna var under 6 måneder. I litt over en fjerdedel av sakene var barnet under 3 måneder (26 %). Kun to av barna var under fire uker.

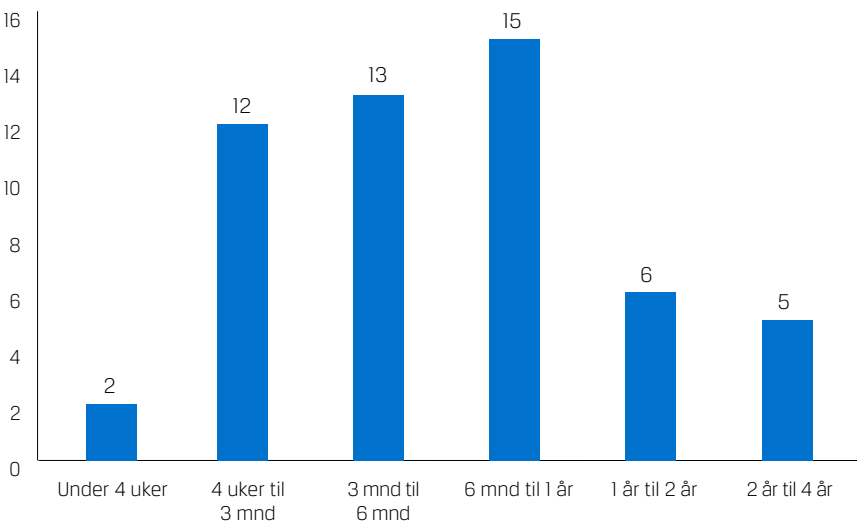
En del flere gutter (35) enn jenter (18) hadde fått bruddskader. Det dreide seg om bruddskader der bruddets karakter, sammen med forklaringen på hvordan skaden oppstod, medførte mistanke om at bruddet ble påført som resultat av vold. Noen ganger dreide i tillegg mistanken seg om at barnet tidligere hadde hatt bruddskader eller fordi det var andre tegn på omsorgssvikt

I noen av sakene er det registrert én enkelt bruddskade og heller ingen andre skader. Bruddskader forekommer imidlertid ofte som én av flere ulike typer skadeutfall.

I likhet med Kripos rapport om alvorlig vold mot barn fra 2019, var armbrudd og lårbensbrudd vanligst. Det var også mange ribbensbrudd, alt fra ett enkelt til flere titalls brudd hos ett og samme barn. I tillegg var det saker med brudd i kjeve, krageben, neseben og ryggrad. 11 av barna som hadde bruddskader i kroppen, hadde i tillegg andre typer skadeutfall.

Den hyppigste årsaken til at omsorgspersonene tar kontakt med helse er ofte fordi barnet virker smertepåvirket og avstår fra å bruke kroppsdelene hvor bruddet er lokalisert. Det er allikevel ikke alle barna som har blitt beskrevet å fremstått som smertepåvirket. Flere av barna ble beskrevet å ha oppført seg som normalt tross omfattende bruddskader. Andre beskrivelser som gikk igjen var at barnet oppfattes som slapp eller irritabel.

Figur 3: Bruddskader - barnas alder ved sakens registreringsdato (N=53)



15 I en sak er det registrert to barn (tvillinger) i én og samme straffesak.
16 Eidsivating lagmannsrett, LE-2022-040476.

Samtlige leger og begge de rettsoppnevnte sakkyndige avviser at [fornærmede] som var 12 uker da bruddskadene ble avdekket, vil kunne ha påført seg skadene selv¹⁶

3.1.2 Saker med mistanke om påført hodeskade

De siste årene har det i økende grad vært offentlig debatt om saker med alvorlige hodeskader og mistanke om vold. Diskusjonene har særlig handlet om hvordan man skal vurdere om skadene skyldes vold eller andre medisinske forklaringer, og hvilken diagnose som kan stilles ut i fra barnets tilstand. Den mest typiske mistanken i sakene som er gjenstand for debatt, er der hvor en voksen mistenkes for å ha grepet rundt barnets bryst og ristet barnet frem og tilbake. Tilstanden kjennetegnes ved et skadebilde som har blitt omtalt som en ”symptomtriade”, eller bare ”triaden”: blødning inne i hodeskallen, utbredte blødninger i øynenes netthinner og hjerneskade. Det er stilt spørsmål ved om det foreligger en sammenheng mellom triaden og risting av små barn, eller hvor sterk en slik sammenheng i så fall er. De fleste sakkyndige i barnevoldssaker vil imidlertid hevde at en forenklet diagnostisering hvor triaden alene er grunnlag for en konklusjon om voldsutøvelse, ikke er vanlig praksis. Som grunnlag for diagnosen *påført hodeskade* må hele skadebildet vurderes.¹⁷

Den rettsmedisinske debatten har stor betydning for bevisvurdering og rettslig behandling av disse sakene, siden spørsmålet som debatteres er hvor sikkert rettsmedisinere kan konkludere om hvorvidt gitte alvorlige skader skyldes voldsutøvelse.

Tidligere erfarte Kripos at ”shaken baby syndrome” var et innarbeidet begrep, som ofte ble brukt i medisinske beskrivelser av funn knyttet til symptomtriaden. I utvalget til denne rapporten, virker dette

i stor grad å være erstattet av andre, og mer detaljerte, måter å beskrive skadebilder som har lignende eller tilsvarende trekk som symptomtriaden. Det er i dag bred faglig enighet om å bruke begrepet abusive head trauma (AHT).¹⁸ Det blir beskrevet som mer nøytralt og beskrivende for at en rekke ulike skademekanismer, ikke bare risting, kan være årsak til barnets tilstand.

I den forrige rapporten Kripos ga ut om dette temaet i 2019 brukte vi betegnelsen ”voldsom risting” i sakene hvor det ut ifra opplysninger i etterforskningen var mistanke om at barnet var utsatt for risting og sakkyndiges beskrivelse av funn av triaden. I denne rapporten bruker vi betegnelsen ”alvorlig hodeskade” primært om et skadebilde preget av funn av blødning/er inne i hodeskallen, blødninger i øynenes netthinner og/eller hjerneskade. Noen få saker hvor barnet har fått hjernerystelse er inkludert etter en helhetsvurdering av skadebilde og omstendighetene rundt hvordan disse oppsto. I tre saker skyldes hodeskaden oksygenmangelskade i hjernen. Brudd i hodeskallen behandles som en egen kategori. I de fleste av sakene er skadebildet preget av funn av blødning/er inne i hodeskallen, blødninger i øynenes netthinner og/eller hjerneskade.

Det er totalt 57 barn som har fått en eller flere former for skader i hodet. 31 barn har fått ulike typer av alvorlige hodeskader og 26 barn har fått brudd i hodeskallen. 11 av disse har fått påvist både alvorlige hodeskader og brudd i hodeskallen på samme tid.

3.1.3 Alvorlige hodeskader

31 barn har fått ulike typer alvorlige hodeskader. Dette gjelder flere gutter (19) enn jenter (12). Flesteparten (74 %) av barna var under ett år på tidspunktet skaden ble avdekket. Kun to av barna var under 4 uker.

I 26 av sakene er det bekreftet eller mistanke om at skadene skyldes vold mot barnets hode og/eller kropp. Mistanken dreier seg oftest om at barnet ved en eller flere anledninger har blitt ristet eller lagt ned på en hard overflate med stor kraft, eller begge disse hendelsene samtidig. I flere av disse sakene er det beskrevet kraftige rykk og bråstopp (akselerasjons- og deselerasjonskrefter) av sakkyndige. I noen få av sakene er det mistanke om eller bekreftet at barnet har falt eller blitt kastet fra en betydelig høyde.

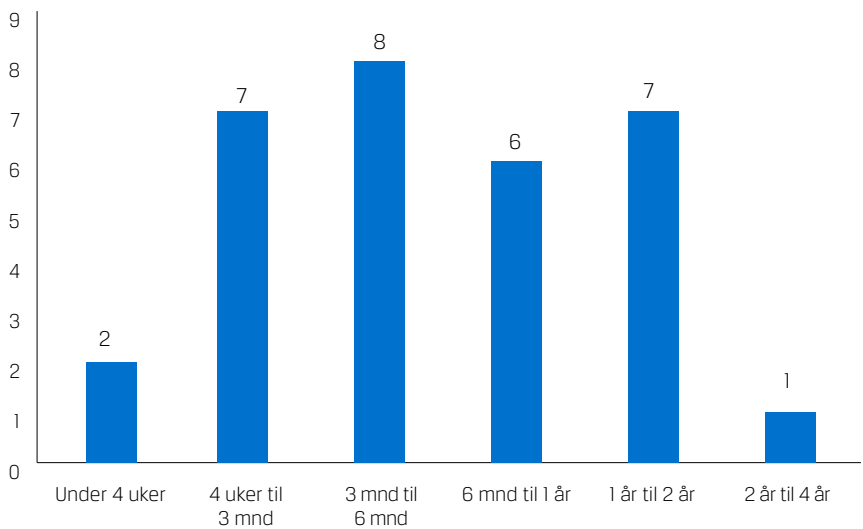
I tre saker skyldes hodeskaden oksygenmangelskade i hjernen. To av disse skyldes drukning. I den siste saken er det drøftet flere ulike forklaringer på hvordan

skaden kan ha oppstått, men det er ikke påvist noen sikker årsakssammenheng.

I to av sakene drøfter sakkyndige i løpet av etterforskningen at skadebildet ikke er helt typisk for påført vold. I disse sakene har mistanken om at det var den påførte volden som var årsak til de alvorlige skadene, blitt svekket gjennom etterforskningen. Begge barna har gjennom etterforskningen fått påvist medisinske tilstander som kan ha utgjort en sårbarhet slik at skadebildet ble så alvorlig av det som kan ha vært lav kraftpåvirkning mot barnet.

Fem av barna med alvorlige hodeskader døde. I fire av sakene er dødsårsaken tilskrevet påført vold i form av stor mekanisk kraftpåvirkning mot hodet. I tre av disse sakene beskrives skadebildet som typisk for å ha blitt utsatt for akselerasjons- og deselerasjonskrefter. I en sak tilskrives dødsårsaken oksygenmangelskade i hjernen på grunn av drukning.

Figur 4: Alvorlige hodeskader - barnets alder ved sakens registreringsdato (N=31)



17 Stray-Pedersen et al. (2018), Legers rolle ved mistanke om alvorlig barnemishandling.
18 Choudhary et al., 2018.

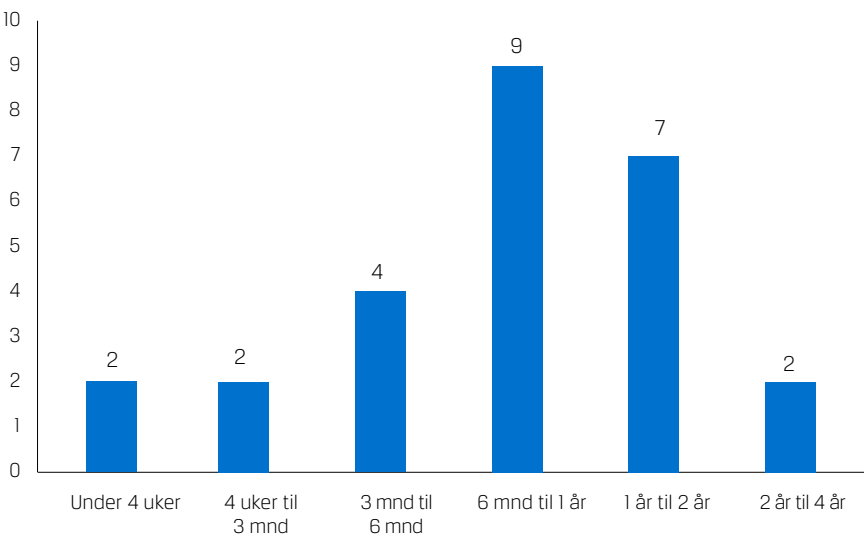
3.1.4 Brudd i hodeskallen

26 barn har fått *brudd i hodeskallen*. Flesteparten av disse var gutter (20), mens et mindretall var jenter (6).

65 % av barna var under 1 år på tidspunktet bruddet i hodeskallen ble avdekket.

12 av barna hadde i tillegg andre skader. Som nevnt hadde 11 barn alvorlige hodeskader i tillegg til brudd i hodeskallen. To av barna hadde alvorlig hodeskade, brudd i hodeskallen og brudd i kropp. Det siste barnet hadde sår/brannskade i tillegg til bruddet i hodeskallen.

Figur 5: Barnets alder ved sakens registreringsdato (N=26)



3.1.5 Omfattende sår- og brannskader

Som vist i figur 2 ble det oppdaget omfattende sår- eller brannskader hos elleve barn. Alle barna i disse sakene overlevde.

Brann/etseskader

I fire saker hadde barnet fått alvorlige etse- eller brannskader. Felles for disse sakene var at det var uklart hvordan skadene hadde oppstått. I to av sakene dreide hendelsesforløpet seg trolig om at barnet hadde blitt skylt i glovarmt vann. Ett av disse barna var mellom 6 måneder og 1 år og det andre var mellom 2 og 4 år. I de to andre sakene ble det ikke avdekket noen årsak til skaden, men sakkyndige helte mot at det var snakk om en etseskade. Begge disse barna var mellom 1 og 2 år.

Sårskader

I fire saker hadde barnet omfattende sårskader som eneste alvorlige skade. I disse sakene hadde barnet enten fått så store sårskader at disse måtte sys med flere sting, eller som på grunn av plassering og omfang var å regne som særlige alvorlige. To barn mellom 1 og 2 år hadde sårskader på kroppen. Ett barn mellom 6 måneder og 1 år fikk flere hudskader og dype sår på hodet, ansiktet og resten av kroppen, etter å ha blitt kastet inn i en glassdør av en omsorgsperson. Ett barn mellom 3 og 6 måneder fikk sår i ansiktet og på kroppen etter å ha blitt angrepet av en hund.



Foto: Shutterstock.com

I ytterligere tre saker hadde barnet omfattende sårskader og/eller massive blåmerker som en del av et mer komplekst skadebilde. Alle disse barna hadde også alvorlige hodeskader og bruddskader (to av barna hadde brudd i hodeskallen, ett hadde brudd i kroppen). To av disse barna var mellom 1 og 2 år. Det siste barnet var mellom 2 og 4 år.

3.1.6 Forgiftning

Fem barn hadde blitt forgiftet. Det dreide seg i all hovedsak om barn som hadde foreldre som brukte eller omga seg med rusmidler, og som hadde fått i seg noe av dette. I flere av sakene ble barnets hjem beskrevet som uegnet for barn, med uforsvarlig lagring av medisiner og narkotiske stoffer. I alle disse sakene hadde det vært vold eller konflikt i barnets hjemmemiljø før hendelsen.

Felles for alle sakene var at forgiftningen var svært alvorlig for barna. Flesteparten av barna ble beskrevet

å ha vært i en livstruende tilstand. Tre av barna var mellom 2 og 4 år da den akutte forgiftningen skjedde. To av barna var mellom 1 og 2 år. I disse sakene hadde de utsatte barna høyere alder enn resten av utvalget. Dette henger trolig sammen med at barn i denne alderen ofte har lært seg å gå, er mer mobile og selvstendige, og har en tendens til å føre ting til munnen for å utforske det.

3.1.7 Andre skader

To barn hadde opplevd andre typer hendelser eller skadeutfall enn de vi hittil har nevnt.

I en sak ble en person dømt for drapsforsøk etter å ha dyttet en papirklump ned i halsen på et barn mellom 2 og 4 år. I en annen sak ble et barn mellom 6 måneder og 1 år bevisstløs og fikk oksygenmangel etter å ha blitt forlatt alene i ett badekar, slik at det fikk munn og nese under vann. Barnet overlevde.

” På et tidspunkt, rundt kl. 22.30 om kvelden, mistet [domfelte] besinnelsen. Han dyttet en ball bestående av 2 våtservietter og 2 ark tørkepapir inn i [fornærmedes] munn, forbi tungen og det myke ganevevet og ned i svelget hennes. Der ble ballen sittende fast og blokkerte inngangen til pusterøret, slik at [fornærmede] ikke fikk tilstrekkelig oksygen til lungene.”¹⁹

3.2 Dødsfall

Blant de 115 anmeldte sakene finner vi 13 dødsfall: åtte gutter og fem jenter. Det yngste barnet som døde var 2 uker. Det eldste barnet var 3 år. Ni av barna døde før de fylte et år.

Obduksjonsrapportene viser at ikke alle barna døde som en direkte følge av påført vold. I åtte av sakene fremgår det at dødsfallet skyldes skader som, ifølge obduksjonsrapportene, er eller tyder på å være, påført barnet.

I to av sakene er dødsårsaken knyttet til skader som har oppstått som følge av manglende beskyttelse eller fraværende tilsyn i farlige situasjoner.

I de tre resterende sakene har ikke barnet fysiske skader, og det har ikke vært mulig å fastslå en entydig dødsårsak. Funn på åstedet og/eller ved obduksjon har imidlertid medført at politiet har etterforsket disse sakene som uaktsom forvoldelse av død.

Nesten alle sakene varsles politiet umiddelbart etter barnets dødsfall. Det er kun en sak som ikke er varslet innen 24 timer. Denne saken ble varslet innen 1 uke.

I syv av sakene ble det rapportert om vold eller alvorlige konflikter i familien i forkant. I disse sakene fremkommer et høyt konfliktnivå mellom omsorgspersonene, og i flere var det mistanke om – eller bekreftet – voldsutøvelse. I flere av sakene er de alvorlige konfliktene knyttet til samlivsbrudd.

I åtte av sakene hvor barnet døde mottok familien oppfølging fra barnevernet i varierende grad før dødsfallet. I tre av sakene hadde familien enten døgnopphold ved et familiesenter i regi av barnevernet, eller hadde nylig avsluttet et slikt opphold før døds-

fallet. Familien som nylig hadde avsluttet oppholdet var fortsatt under utredning med formål å vurdere barnets omsorgssituasjon.

Seks av sakene hvor barnet døde er kodet som *drap*. Fem av sakene er kodet som *uaktsom forvoldelse av død*. De siste to sakene er kodet som *grov kroppsskade med følge død*. Under følger en gjennomgang av de ulike sakstypene.²⁰

3.2.1 Drap

Seks av sakene hvor barnet døde er kodet som *drap*.²¹ Av barna som ble drept var to av dem mellom 4 uker og 3 måneder, ett mellom 3 måneder og 6 måneder, ett mellom 6 måneder og 1 år, ett mellom 1 og 2 år og ett mellom 2 og 4 år.

I en sak ble barnet skutt og døde av skuddskader. I to saker døde barnet av kvelning. I to andre saker var dødsårsaken omfattende hodeskader.

I den siste drapssaken er det ikke påvist noen sikker dødsårsak, men obduksjonsfunn og omstendigheter tyder på at dødsårsaken var kvelning. Barnet hadde i tillegg svært omfattende bruddskader.

I alle sakene bortsett fra en, var det en eller begge av barnets foreldre som ble etterforsket for å ha drept barnet. I den siste saken var det et annet familiemedlem av barnet.

I en av sakene ble fornærmedes eldre søsken drept samtidig. I to andre saker ble barnets mor drept under samme hendelse. I en av disse sakene tok gjerningspersonene sitt eget liv rett etter hendelsen. I de ytterligere to sakene har gjerningspersonen fortalt politiet at de hadde intensjon om å ta sitt eget liv etter drapene, men gjennomførte det ikke.

¹⁹ HR-2026-373-A, (sak nr. 25-154439STR-HRET)

²⁰ Drap betyr at en person med vilje tar livet av en annen. Uaktsom forvoldelse av død gjelder uforsiktig handling som fører til død, mens grov kroppsskade med døden til følge gjelder forsettlig vold som ender med dødsfall.

²¹ Det er totalt syv saker som er kodet som drap i utvalget. I en av sakene er barnet som er i utvalget ikke drept, men saken er kodet som drap fordi søsken til barnet ble drept i samme hendelse. Barnet saken gjelder overlevde med alvorlige hodeskader. Gjerningspersonen tok sitt eget liv under samme hendelse.

Forskningen på drap-selvdrap viser at mens fedre i noen tilfeller dreper hele familien, dreper mødre barnet/barna sine, og ikke partner.²² Det er samsvarende med at det er far og et annet mannlig familie-medlem som dreper barnet og barnets mor i utvalget til denne rapporten. I Kripos' temarapport om drap og selvdrap fra 2020 fremgår det at ingen av de 32 sakene der et barn ble drept og gjerningspersonen deretter tok sitt eget liv i perioden 1990–31. oktober 2020, omfattet tilfeller hvor en mor drepte både barn og (eks)partner. Samtidig viser gjennomgangen at nesten en tredjedel av barnas mødre ble drept sammen med barnet av barnets far.²³

3.2.2 Uaktsom forvoldelse av død

Fem av sakene er kodet som *uaktsom forvoldelse av død*.

I en sak ble barnet forlatt uten tilsyn i badekaret over så lang tid at det døde av drukning. I en annen sak ble barnet bitt flere ganger i hodet og kroppen av en hund, og døde som følge av skadene det ble påført av bittene. Begge disse barna var mellom 1 år og 2 år.

I tre av sakene ble barnet funnet livløs i forbindelse med soving. I disse sakene var det ikke påvist noen sikker dødsårsak. Funn på stedet og/eller ved obduksjon gjorde at politiet etterforsket disse sakene som uaktsom forvoldelse av død. I alle de tre sakene var det tegn på at barnet hadde vært utsatt for ulike former for omsorgssvikt i forkant av at det ble funnet

dødt, uten at dette i seg selv var tilstrekkelig til å forklare årsaken til at barnet døde. To av disse barna var under fire uker. Det siste barnet var mellom 6 måneder og 1 år.

3.2.3 Grov kroppsskade, følge død

To saker hvor barnet døde er kodet som *grov kroppsskade, følge død*. Begge disse sakene gjaldt barn som ifølge obduksjonsrapporten døde av hodeskader med omfattende hjerneskader og blødninger, som kan tyde på at barnet har vært utsatt for vold mot hodet med kraftige rykk og bråstopp (akselerasjon - og desellerasjonskrefter). Ett av barna hadde i tillegg flere ribbeinsbrudd. Begge disse barna var under 6 måneder.

3.2.4 Fastsettelse av dødsårsak og barns rettsvern ved dødsfall

I saker der det ikke foreligger en klar medisinsk forklaring på dødsfallet, kan det være utfordrende å fastslå dødsårsak. Grensene mellom ulike kategorier av dødsårsaker er ikke alltid tydelige, og vurderingene kan variere og endres over tid. Mulige tegn på vold og omsorgssvikt kan være subtile og vanskelig å avdekke, selv ved obduksjon.

For dødsfall hos barn, er det vanlig praksis å dele dødsårsakene inn i hovedkategoriene krybbedød, sykdom (som begge faller inn under definisjonen *naturlig død*), ulykke, omsorgssvikt, mishandling, medisinsk feilbehandling, ubestemt og drap (som alle defineres som *unaturlig død*).

Som figuren viser er det glidende overganger mellom kategoriene. Det er viktig å understreke at i de fleste tilfeller hvor små barn dør plutselig uten at det påvises sikker dødsårsak, er det ikke mistanke om at det har blitt begått straffbare forhold mot barnet. Det vil allikevel være forhold enten ved barnet, ved foreldrene eller ved stedet barnet oppholdt seg eller ble funnet, som det er nødvendig å avklare om kan ha hatt betydning for forløpet eller selve årsaken til barnets død.

I 2011 fikk politiet en utvidet og særskilt etterforskningsplikt i saker der barn og unge under 18 år dør plutselig og uventet, selv når det ikke foreligger mistanke om straffbart forhold.²⁵ Dette er et unntak fra hovedregelen i straffeprosessloven. Hensikten er å ivareta det avdøde barnets rettsikkerhet: Dersom et barn dør som følge av vold, omsorgssvikt eller ulykker som kunne vært unngått, kan politiets etterforskning bidra til å avdekke dette. Det kan forhindre at alvorlige forhold forblir skjult, og sikre at eventuelle søsken får nødvendig beskyttelse.

I saker som handler om små barn generelt, og barne-dødsfallene spesielt, er det gjerne få eller ingen bevis å innhente. Hvis politiet ikke finner grunnlag for å mistenke at dødsfallet skyldes noe straffbart, vil det være mulig å gi foreldrene tilbud om å gjennomføre en frivillig dødsstedsundersøkelse. En slik undersøkelse er tenkt å bidra til bedre helsefaglig forståelse og forebygging. I tillegg kan en strukturert prosess bidra til å gi noen familier bedre forklaringer og avklaring i en ekstremt vanskelig situasjon. Mange foreldre opplever det som en lettelse å få en grundig gjennomgang som bekrefter at de ikke kunne gjort noe annerledes²⁶. Andre takker nei til tilbudet. Undersøkelsen kan også bidra til å avdekke uhensiktsmessige forhold rundt barnets omsorgssituasjon, men også omsorgssvikt og mistanke om vold.

Avklaring av dødsårsak og barns rettsvern gjennom at straffeansvar avklares, henger tett sammen. Det er også andre grunner til at barns rettsstilling er spesielt sårbar i dødsfallsakene. En av dem er knyttet til å ivareta barnets interesser gjennom etterforskningen, herunder om rett til bistandsadvokat.

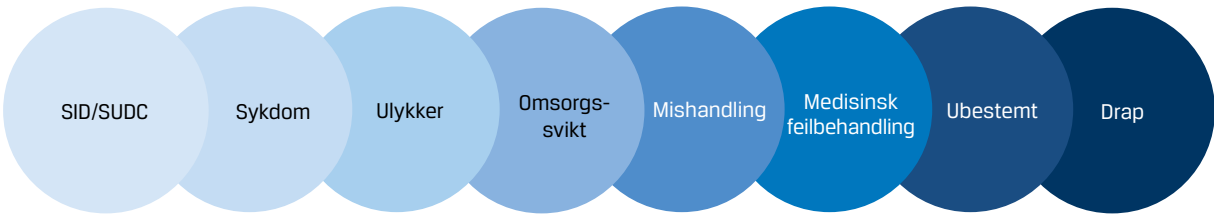
Det norske regelverket gir etterlatte rett til bistandsadvokat når et barn under 18 år dør som følge av en straffbar handling.²⁷ Ordningen fungerer som tilsiktet når foreldrene ikke er involvert i den handlingen som etterforskes. I slike saker er det som regel foreldrene som anses som etterlatte og dermed får oppnevnt bistandsadvokat. Dersom foreldrene selv er siktet, eller det foreligger forhold som gjør dem inhabile, faller denne rollen bort. I slike situasjoner står barnet uten en naturlig representant, og regelverket gir ikke en selvstendig rett til bistandsadvokat for avdøde barn.

I saksmaterialet ser vi eksempler på saker der foreldre har vært siktet og det avdøde barnet ikke har fått oppnevnt bistandsadvokat.

3.3 Omsorgspersonenes forklaring på skadene

Mange av barnets omsorgspersoner stilte seg uforstående til hvordan skadene kunne ha oppstått, eller forklarte dem med én eller flere uhell. De beskrev ofte fall fra lave høyder, typisk fra seng, sofa eller stullebord. En annen gjentakende forklaring var at skadene måtte ha oppstått under voldsom lek med søsken eller under det som må anses å være normal håndtering av barnet. Sakkyndig beskrev derimot ofte dette som bagatellmessige hendelser og kraftanstrengelser som ikke stod i forhold til skadeomfanget. Eksempler på dette kunne være å trille barnevogn på ujevnt underlag, å løfte barnet brått eller at barnet hadde blitt kastet i luften som en lek.

Figur 6: Kategorier av dødsårsaker ved barnedødsfall²⁴



22 Galta et al., 2010; Byard et al., 1999.
23 Kripos, 2020.
24 Figuren er hentet fra Rognum et al., 2023, som sitert i Bøylestad, 2026, s. 99.

25 Straffeprosessloven, 1981, § 224 fjerde ledd
26 Kristensen, 2018.
27 jf. Straffeprosessloven, 1981, §§ 107a–107c.

I enkelte saker vurderte sakkyndige at skadeforklaringen omsorgspersonene ga *kunne* være mulig eller i noen tilfeller var *like sannsynlig* som at barnet hadde blitt utsatt for vold. Slike saker kunne bli henlagt fordi skaden ikke kunne utelukkes å ha en ulykkeforklaring, mens andre saker handlet om å avklare hvorfor barnet fikk helsehjelp så sent (forsømmelse

av hjelpeplikt), eller om manglende tilsyn var så alvorlig at det kunne medføre straffeansvar for uakt-som forvoldelse av betydelig skade eller død.

I en sak hvor barnets omsorgspersoner forklarte skadeutfallet til barnet med fall fra seng, beskrev sakkyndig skadebildet på denne måten:

Skademekanismen som i dette tilfellet kan forklare alle de innvendige skadene: Blødningene i øyebunnene, hjerneskadene og blodansamlingene under den harde hjernehinne, er at barnet har vært utsatt for kraftig risting eller gjentatte harde støt mot bakhodet. Ett fall fra sengen der bakhodet har truffet gulvet kan ikke fullstendig utelukkes som mulig forklaring på blødningen under den harde hjernehinne eller blødningene i øyebunnene, men kan ikke forklare de omfattende hjerneskadene. Dersom barnet etter fallet har blitt liggende med dårlig pusteevne / utilstrekkelig åndedrett i lengre tid før AMK ble varslet kan det ikke helt utelukkes at hjerneskadene også kan forklares av fall komplisert med manglende oksygentilførsel til hjernen som følge av redusert åndedrett i tiden etter fallet.

Det var en svært lav andel av omsorgspersonene som erkjente faktiske voldshandlinger. Noen forklarte seg om handlinger de selv hadde utført, som kan ha forårsaket skadene, uten at de var klar over at kraften de brukte kunne skade barnet. I flere av sakene dreide dette seg trolig om tøye- og strekkeøvelser som ble utført med stor kraft i et forsøk på å lindre ulike plager, ofte knyttet til barnets begrensede mobilitet eller for å hjelpe barnet med å få ut luft fra magen. Det kunne ligge ulike årsaker bak denne typen

atferd. Mange oppga at hensikten var å hjelpe barnet eller å følge råd de mente å ha fått fra helse- eller hjelpepersonell. I noen tilfeller hadde omsorgspersonene et lavere fungeringsnivå eller utfordringer med å tolke barnets signaler og reaksjoner (se kapittel 6). I tillegg kan frustrasjon og stress knyttet til vedvarende gråt ha bidratt til hardhendt håndtering.

I en henleggelse beskrives ett tilfelle av dette slik av statsadvokaten:

Tiltalte har gitt en forklaring som er relevant for bruddene. Han har i all korthet forklart at han har gjort gjentatte øvelser i form av strekking og tøying av beina og pressing, "knekking" og bøying av ryggen for å rette ut denne, begge i "kiropraktisk øyemed". (..) tiltalte har en ikke-adekvat mentaliseringsevne. Det vil si at han har problemer med å innta barnets perspektiv, å forstå de følelser og behov et barn har. (...) Det kan derfor ikke utelukkes at skadene skyldes hardhendt og uforsiktig håndtering av barnet.

I andre saker endret omsorgspersonene forklaring på skaden underveis i etterforskningen. I noen saker ble for eksempel den første forklaringen til omsorgspersonene vurdert som helt usannsynlig av sakkyndig, før de så kom med en ny forklaring som i større grad samsvarte med skadebildet. Foreldre som endret forklaring oppga noen ganger at de var redde for å miste omsorgen for barnet dersom de fortalte politiet hva som faktisk hadde skjedd. Det er ikke uvanlig at små barn faller fra stullebord, seng eller andre lave

høyder og pådrar seg skader, og politiet varsles som regel bare når skadeomfanget ikke stemmer med det omsorgspersonene beskriver.

I noen saker var det ingen tvil om at barnet hadde vært utsatt for vold, men det lot seg ikke avklare hvem av foreldrene som hadde forårsaket skadene. I en henlagt drapssak ble dette beskrevet slik i beslutningen om henleggelse:

Slik denne saken er opplyst i dag, er det dessverre ikke mulig å fastslå med tilstrekkelig sikkerhet hvem av de to siktede som har påført [fornærmede] skadene og deretter drept ham. Saken må derfor henlegges etter bevisets stilling for begge de siktede.

Kripos' generelle erfaring er at dette er en problemstilling som har gått igjen over flere år, der det foreligger klare tegn til vold, men hvor etterforskningen ikke klarer å konkretisere hvem som har utført handlingene. I materialet til denne rapporten finnes

det flere saker som ble henlagt av nettopp denne grunnen: det var ingen tvil om at barnet hadde vært utsatt for massiv vold, men etterforskningen avklarte ikke hvem som hadde forårsaket skadene.



3.4 Saker med et særlig alvorlig skadebilde

Alle sakene i denne rapporten er alvorlige. I gjennomgangen av straffesakene var det allikevel en del av sakene som skilte seg ut ved å ha svært alvorlige skadeutfall.²⁸ Denne undergruppen av saker omtales som *særlig alvorlig skadebilde*. Denne gruppen omtales senere i rapporten i sammenheng med varslingsprosessen (kapittel 4), de fornærmede barna (kapittel 5) og de anmeldte i straffesakene (kapittel 6).

Dette gjaldt 31 saker som har fått de mest alvorlige konsekvensene for de utsatte barna. Det er avgjørende at samfunnet lærer av disse sakene for å forebygge nye hendelser, sikre en velfungerende varslingsprosess og legge til rette for en presis etterforskning. Målet er å beskytte barnet – og eventuelle søsken – mot ny vold fra samme gjerningsperson.

Sakene med særlig alvorlig skadebilde oppfyller minst ett av følgende kriterier:

1. Barnet døde (13 saker)
2. Sakkyndige beskrev hodeskaden som særlig alvorlig, mest typisk med hjerneskade og en vurdering av at dette trolig eller sikkert ville føre til varige mén (5 saker).
3. Barnet fikk mange bruddskader på ulike steder i kroppen (typisk 10-20 brudd, hvorav flere ribbeinsbrudd og brudd i andre deler av kroppen (7 saker).
4. Mistanke om vedvarende grov vold eller grov omsorgssvikt med konsekvens som av lege ble vurdert som livstruende, som for eksempel forgiftning eller kvelning med bevisstløshet og akutt sykehusinnleggelse (6 saker).

Totalt ble dette 31 saker.²⁹

²⁸ Mandatet som gis til de rettsmedisinske sakkyndige varierer fra sak til sak, og det er også ulikheter i oppsett og terminologi i de sakkyndige erklæringene. Videre kan det forekomme uenigheter mellom sakkyndige. En kategorisering av denne typen vil dermed kunne inneholde feilkilder.
²⁹ To saker ble inkludert etter en samlet vurdering, basert på at barnets skadebilde lå i nedre grenseland for å oppfylle mer enn ett av kriteriene 2-4.

Kapittel 4

Avdekking av skaden og anmeldelse til politiet

Dette kapittelet omhandler hvordan sakene i rapporten ble avdekket og hvordan de varsles til politiet. Kunnskap om dette er viktig for å sikre at medisinske undersøkelser og etterforskning iverksettes så raskt som mulig.

4.1 Lovverk om varsling

Før vi ser nærmere på hvordan varsling skjer i praksis i barnevoldssaker, vil vi kort gå gjennom sentrale bestemmelser rundt varsling om mistanke om vold.³⁰

Avvergeplikten: Alle har en plikt til å hindre alvorlige forbrytelser

Alle – både privatpersoner og yrkesutøvere – har en lovpålagt plikt til å forsøke å hindre alvorlige forbrytelser. Dette innebærer at man må anmelde eller på annen måte prøve å avverge et straffbart forhold som man synes det er mest sannsynlig at vil skje.³¹ Denne avvergeplikten går foran lovbestemt taushetsplikt, også for helsepersonell. Plikten er et personlig ansvar.³²

Finner man selv at man har avvergeplikt, må man prøve å avverge lovbruddet selv om ens ledere eller kollegaer mener det ikke er grunnlag for å varsle.

Avvergeplikten gjelder kun noen utvalgte lovbrudd, herunder mishandling i nære relasjoner og grov kroppsskade. Det betyr at den som vurderer å oppheve taushetsplikten og varsle om mulig vold, både forventes å gjøre en juridisk vurdering av hva som

kan skje, og må vurdere sannsynligheten for at det skal skje som ganske høy (over 50 %). Dette drøftes nærmere i kapittel 8.

Helsepersonells opplysningsplikt til politiet: Hvis det kan avverge en alvorlig skade

Helsepersonell, som oftest møter de skadde barna først, skal varsle politiet hvis det er nødvendig for å avverge en alvorlig skade.³³ I tillegg har helsepersonell *rett* til å varsle hvis ”tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre”.³⁴ Kripos har tidligere påpekt et behov for å tydeliggjøre, gjennom praktiske eksempler, hva ”tungtveiende private eller offentlige interesser” kan innebære.³⁵

Opplysningsplikten til barnevernet: Alle offentlige myndigheter skal varsle om alvorlig omsorgssvikt

Alle offentlige myndigheter plikter å selv ta initiativ til å gi opplysninger til *barnevernet* når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet eller utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller utsatt for annen alvorlig omsorgssvikt.³⁶ Denne opplysningsplikten er hjemlet både i barnevernloven og andre lover som gjelder for den enkelte offentlige tjenesten. Den omtales ofte som ”meldeplikten til barnevernet”.

Når det gjelder barnevernets varsling til politiet så har barnevernet en opplysnings*rett* dersom det er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse.³⁷ Videre gjelder avvergeplikten etter straffeloven også for barnevernet.

³⁰ For en mer fullstendig gjennomgang vises det til Justis- og beredskapsdepartementet, 2023.

³¹ Straffeloven, 2005, § 196.

³² Justis- og beredskapsdepartementet, 2023.

³³ Helsepersonelloven, 1999, § 31.

³⁴ Helsepersonelloven, 1999, § 23 nr. 4.

³⁵ Høringsuttalelse – veileder om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (datert 26.03.2021, Kripos' ref: 21/2777-14)

³⁶ Barnevernloven, 2021, § 13-2 a.

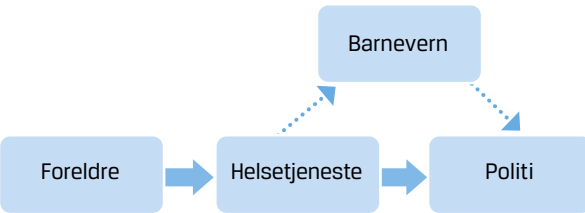
³⁷ Barnevernloven, 2021, § 13-1 første ledd, jfr forvaltningsloven § 13 b, første ledd nr. 7.

4.2 Varslingskjeden i saker om alvorlig vold mot barn

I 101 av de 114 sakene i utvalget (89 %) tok én eller begge foreldrene det skadede barnet med til en helse-tjeneste. I fem saker var det et annet familiemedlem eller en i familiens nære omgangskrets som varslet eller selv tok barnet til helsetjenesten. De resterende sakene var hovedsakelig svært akutte hendelser hvor det var politiet som ble varslet først via en nødsamtale, enten av gjerningspersonen eller av et tilfeldig vitne til en skadehendelse utendørs. Helsetjenestene ble deretter varslet av politiet innen kort tid.

Den vanligste måten en sak ender opp som en straffe-sak på, er illustrert i figur 7.

Figur 7: Varslingskjeden frem til straffesak



4.2.2 Helsestasjonens rolle

De minste barna innkalles til helseundersøkelser på en helsestasjon. For mange barn er det kun ved slike kontroller noen andre enn foreldrene obser-verer dem uten klær og dermed har mulighet til å avdekke eventuelle skader. Barn som fremstår som uskadet eller har vage symptomer, kan ha vært utsatt for voldsom kraftpåvirkning og blitt påført alvorlige skader. For eksempel kan et tilsynelatende friskt barn ha alvorlige skader i og rundt hjernen og/eller ha øyeskader som ikke lar seg avdekke ved en ordinær klinisk undersøkelse.³⁸ Undersøkelsene ved helsestasjonen stiller dermed store krav til akt-somhet ovenfor barns symptomer og andre tegn til bekymring for vold fra foreldre.

Blant de 114 sakene var det 4 saker hvor skaden ble avdekket ved undersøkelse på helsestasjon. De fire barna var alle mellom 4 uker og 3 måneder gamle. I 3 av sakene henviste helsestasjonen barnet videre til utredning, og spesialisthelsetjenesten varslet politiet, eller varslet barnevernet, som så varslet politiet. I en sak varslet helsestasjonen barnevernet, som samme dag varslet politiet.

Av kroppslige symptomer hos barna var det i tre av disse fire sakene blåmerker som var utgangspunktet for bekymring på helsestasjonen. Barna hadde blåmer-ker flere steder (eks: ”tinning og mage”, eller ”mage og fingeravtrykkliknende blåmerker kne”). Varslingene av slike merker på de minste barna, er i tråd med forskning som tilsier at blåmerker som følge av uhell er langt mer vanlig hos større barn, som har evne til selvstendig mobilitet. Videre viser forskning som sam-menligner saker som gjaldt vold mot barn og saker som gjaldt uhell at blåmerker fra vold oftere forekom-mer på ansikt, nakke, hode, armer, nederst på rumpa, på magen og/eller midt på ryggen (se figur 8).³⁹

I den siste saken hvor varsling skjedde etter at skade ble avdekket på helsestasjonen, var smerter i barnets arm en viktig utløsende faktor for varslingen.

I en av sakene hadde det vært en alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon før skaden ble avdekket, mens de 3 øvrige fordelte seg fra ingen forutgående bekymring til noe bekymring.

Da barna i de fire sakene ble utredet i spesialisthelse-tjenesten ble det funnet minst ett brudd hos alle barna. Ett av barna hadde brudd fire ulike steder på kroppen. Et annet barn hadde blant annet brudd i hodeskallen. Mange av straffesakene i utvalget er ikke endelig avgjort, men varslingene fra helsestasjon-ene har ført til omfattende etterforskning, mistanke om vold mot søsken og tiltak fra barnevernet, her- under omsorgsovertakelse.

Figur 8: Illustrasjon av typisk plassering av skader fra uhell og fra påførte skader

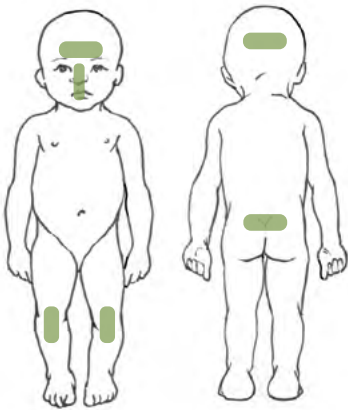


Figure 1. Patterns of accidental bruising

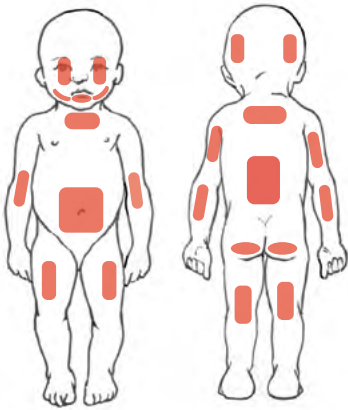


Figure 1. Patterns of abusive bruising

4.2.3 Helsepersonell varsler politiet

I 88 saker (77 %) var det helsetjenesten som varslet politiet direkte om mistanke om påført vold. Det som var gjentakende i legenes og sykepleiernes begrunn-else for varsling, var at barnets skader var mer alvor-lige eller omfattende enn hva foreldrenes forklaring tilsa, eller at foreldrene ikke hadde noen forklaring på skadene i det hele tatt.

Sakene med brudd i hodeskallen og/eller andre alvorlige hodeskader ble varslet fra helse til politiet. Det forekommer imidlertid tilfeller hvor helsetjenes-ten har varslet barnevernet først, for så å selv varsle politiet. I 29 av sakene varslet fra helse til politiet var det ett eller flere brudd i barnets kropp⁴⁰ som utløste varslingen.

Et eksempel på dette var situasjoner der en eller flere omsorgspersoner virket lite opptatt av å trøste barnet, eller håndterte det skadede barnet brått eller hardhendt. Andre eksempler på momenter som vekt-legges i tillegg til skaden var forelder som uttrykker skepsis til om barnet virkelig trenger så tidkrevende behandling eller forelder som fremstår uvillig eller

ute av stand til å følge helsepersonellets råd for å ivareta barnet.

I noen tilfeller vektlegger legen også det helt motsatte – at den eller de foreldrene som er med barnet frem-står velfungerende og omsorgsfulle, men at motset-ningen mellom den alvorlige skaden og forklaringen på skaden er så stor at saken må varsles.

I enkelte tilfeller var grunnlaget for varsling at helse-tjenesten i prøvesvar fant spor av narkotiske stoffer eller medisiner barn ikke skal bruke.

4.2.4 Helsepersonell varsler barnevernet, som varsler politiet

I 15 saker ble politiet varslet først etter at helse-tjenesten hadde meldt bekymring til barnevernet, og barnevernet deretter varslet politiet. I 12 av disse 15 sakene var den alvorligste skaden brudd i kroppen. De tre øvrige sakene gjaldt henholdsvis forgiftning, brannskade og et mer sammensatt skadebilde med mistanke om medisinsk barnemishandling. Ingen av de 15 sakene omfattet brudd i hodeskallen eller annen alvorlig hodeskade.

³⁸ Stray-Pedersen et al., 2018.
³⁹ Maguire & Mann, 2013; NKVTS, 2023. Figuren er basert på Maguire & Mann, 2013.

⁴⁰ Ikke brudd i hodeskallen.

Ser man på sakene i utvalget med en eller flere bruddskader i kropp, men uten brudd i hodeskallen eller andre alvorlige hodeskader, er det vanskelig å se forskjell på sakene hvor helsepersonell varsler direkte til politiet og sakene hvor helsepersonell kun varsler til barnevernet. Både i saker helsepersonell velger å varsle politiet og saker der helsepersonell velger å kun varsle barnevernet er det mest typiske at barnet har et eller flere brudd og foreldrene har ingen forklaring på skaden, eller en forklaring som for helsepersonell fremstår usannsynlig.

I forskning med nesten 400 helsepersonell fra 17 barneavdelinger i Norge ble deltakerne bedt om å vurdere caser hvor barn var skadet. En av casene gjaldt et spedbarn med en uforklarlig skade i ansiktet. Syv av ti ville ikke varslet noen om saken. I en case med en

to-åring med blåmerker på øret og i ansiktet og med kjent informasjon om gjentatt tidligere familievold, ville 6 av 10 varsle barnevernet og 2 av 10 ville varsle politiet. Studien viste at deltakerne i mye større grad var villig til å varsle barnevernet enn politiet.⁴¹

Flere leger i utvalget viser til lovverket når de forteller hvorfor de er mer tilbøyelige til å varsle barnevernet enn politiet. Flere viser til at terskelen er lavere for varsling til barnevernet og bruker i blant ord som ”plikt” eller ”rutine” om det å varsle barnevernet om en alvorlig skade som omsorgspersoner ikke gir noen god forklaring på. Et illustrerende eksempel er et notat fra en overlege i en sak der et barn under ett år ble innlagt med svært alvorlige skader. Politiet ble varslet fire dager etter innleggelsen.

” Ingen annen mistanke om påført skade enn mulig diskrepans mellom traumemekanisme og skadeomfang. Utløser således trolig meldeplikt til barnevernet, men p.t. ikke indikasjon for å melde til politiet. ”

Saken ble senere henlagt av påtalemyndigheten, med en tydelig konklusjon om at barnet hadde vært utsatt for vold, men uten mulighet til å fastslå hvilken av omsorgspersonene som sto bak.

4.2.5 Andre varsler politiet

Fem saker startet som situasjoner som var åpenbart bekymringsfulle for offentligheten og politiet ble varslet direkte (eks: skadehendelse utendørs, brannalarm).

I fem tilfeller tok barnets forelder eller besteforelder selv kontakt direkte med politiet og fortalte hva de selv hadde gjort eller hva de mente en annen hadde

gjort. Én sak ble avdekket av politiet i forbindelse med etterforskning av et annet straffbart forhold.

Ingen av sakene ble varslet av barnehageansatte. Ansatte i barnehagen varsler imidlertid i andre typer voldssaker, for eksempel ved mistanke om seksuelle overgrep eller ved mistanke om vold som ikke har medført så alvorlige skader som skal til for at saken inkluderes i denne rapporten. Siden noen saker ikke blir varslet til politiet fra barnevernet (se 4.3.1) er det også mulig at barnehagene varsler barnevernet om mulig alvorlig vold mot små barn uten at dette varsles videre til politiet.

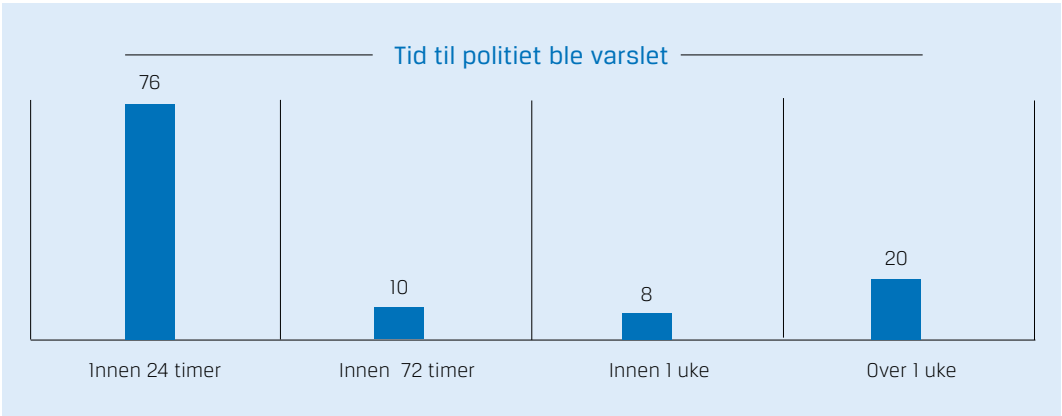
4.3 Varslingstid

I denne rapporten er varslingstid målt ved å se på tidsforløpet fra skaden ble avdekket til politiet ble varslet. Varslingstid er ikke nødvendigvis tidsrommet fra barnet først kom til helsepersonell med skader, til politiet ble varslet. Ofte avdekkes skadens alvorlighet først etter at helsepersonell mottar viktige diagnostiske svar, som radiologiske undersøkelser (CT, MR). De avhørte legene forklarer gjerne at det var ved mottak av slike svar at de reagerte på misforholdet mellom foreldrenes forklaring og skadens alvorlighet. Vi regner

i slike tilfeller varslingstiden fra tidspunktet legen reagerte på prøvesvaret og til politiet ble varslet.

76 av sakene (67 %) ble varslet til politiet innen 24 timer. Så godt som 80 % av disse tidlige varslene kom direkte fra en helsetjeneste. Åtte av de tidlige varslene kom fra barnevernet. Det betyr at i omtrent halvparten av sakene hvor helsepersonell varslet barnevernet i stedet for politiet, så varslet barnevernet politiet raskt.

Figur 9: Tid til politiet ble varslet (N=114)



4.3.1 Over 1 uke fra mistanke om vold til politiet ble varslet

I 20 saker var varslingstiden til politiet over én uke. De 15 sakene som meldes fra helse til barnevern og videre til politiet fordeler seg i ytterpunktene når det gjelder varslingstid: Enten ble politiet varslet raskt (8 saker innen 24 timer), eller så tok prosessen betydelig lengre tid (7 saker med varslingstid over én uke).

Blant de 7 sakene som gikk via barnevernet og hadde lang varslingstid gjaldt dette 2 barn med ett brudd, 2 barn med flere brudd, 1 barn som hadde fått i seg rusmidler, 1 barn med sår- eller brannskader og 1 barn

med mistanke om alvorlig medisinsk barnemishandling. Omstendighetene i sakene varierte betydelig.

Ved sammenlikning av sakene der barnevernet varslet politiet umiddelbart med sakene der varslingen tok mer enn én uke, fremstår det ingen tydelige forskjeller mellom gruppene. I både raskt og sent varslede saker var brudd den hyppigst forekommende skaden. Risiko- og sårbarhetsfaktorer var også utbredt i begge grupper, både i familiene der barnevernet varslet raskt og i familiene der varslingen skjedde sent.

41 Vollmer-Sandholm et al., 2024

Sitatet under er fra en bekymringsmelding fra en akuttsykepleier ved et sykehus vedrørende et barn under ett år. Etter bekymringsmeldingen gikk det ti

dager før barneverntjenesten varslet politiet. Barnevernet hadde tidligere hatt en sak på barnets søsken, knyttet til bekymringer om vold og rus i familien:

” Statistisk sett er det mange ganger mer sannsynlig at denne skaden har oppstått som resultat av vold. ”

Ser man på de resterende 13 sakene med varslingstid over 1 uke, var det en sak hvor politiet selv avdekket et skadet barn gjennom etterforskningen av en annen sak. I denne saken hadde allerede helsepersonell varslet barnevernet om saken, og uttalte til politiet senere i avhør at de ikke gikk videre til politiet med saken fordi de antok at barnevernet ville varsle politiet.

I ti saker hvor varsling tok over 1 uke var det en helse-tjeneste som varslet politiet. I fire av disse sakene hadde helsetjenesten allerede varslet barnevernet, uten at barnevernet varslet politiet. I ytterligere en sak kjente barnevernet allerede til mistanken om vold gjennom en pågående barnevernssak med fami-lien, men varslet ikke politiet. I denne saken var et eldre søsken to uker tidligere plassert i beredskaps-hjem på grunn av rus og vold mellom mor og far, mens barnet på ca. 1 år ble værende og endte med å få brudd i hodeskallen.

De siste 5 sakene som kom fra helsetjeneste med over 1 ukes varslingstid var kjennetegnet av en mistanke som oppsto gradvis, gjerne i samspill mellom ulike sykehus hvor barnet ble overført en eller flere ganger (4 saker). En av disse sakene gjaldt mistanke om me-disinsk barnemishandling. I ytterligere en sak hadde varslende lege ventet lenge på et prøvesvar, men valg-te å varsle likevel, siden prøvesvaret lot vente på seg.

I de to siste sakene med varslingstid over 1 uke var det en av foreldrene som tok kontakt med politiet.

Begge barna hadde raskt etter skaden fått helsehjelp for skadene.

4.3.2 Særlig alvorlig skadebilde og varslingstid over 24 timer

Av de 38 sakene hvor varslingstiden var lengre enn 24 timer, var det 8 saker hvor barnet hadde et særlig alvorlig skadebilde (se side 28). Det betyr at barnet døde, hadde flere brudd mange steder i kroppen, fikk en alvorlig hjerneskade og/eller var utsatt for vold, grov vold eller omsorgssvikt over tid med konsekvenser som av lege ble beskrevet som livstruende.

I noen av disse sakene ser det ut til å ha vært flere skadehendelser eller symptomer som grad-vis har ført til mistanke om vold. Så undersøkes barnet grundig og skadebildet viser seg å være svært alvorlig. I disse sakene kan det ha vært flere skadehendelser og den mest alvorlige kan ha skjedd like før siste innleggelse.

Tre av de 8 sakene med særlig alvorlig skadebilde og varslingstid over 24 timer gjaldt mistanke om påført hodeskade ved risting av barnet. I den ene saken var varslingstiden bare så vidt over 24 timer. I de to andre sakene, hvorav den ene endte med dødsfall, gikk det henholdsvis 2 og 3 døgn før politiet ble varslet. Begge sakene ble henlagt hvor tvil om hvem som sto bak barnets skader var en viktig del av begrunnelsen.

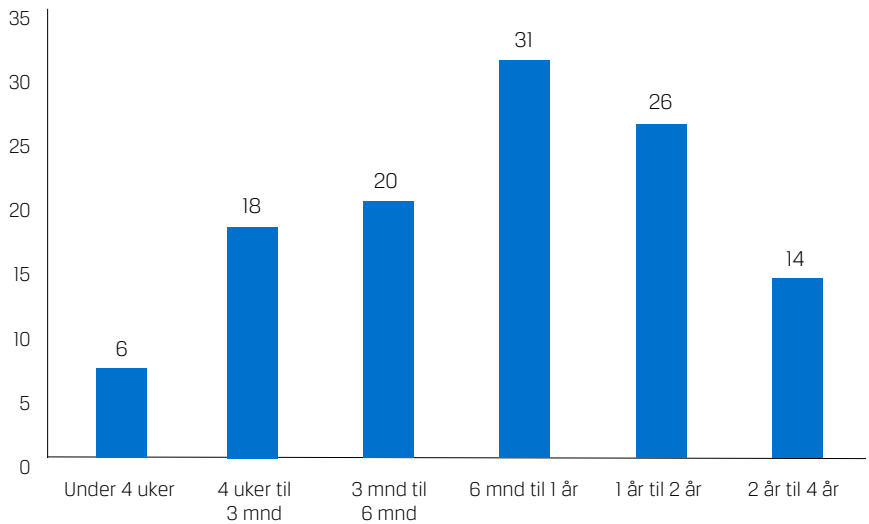
Kapittel 5
De fornærmede

I dette kapitlet gis en nærmere gjennomgang av 115 barn som er registrert som fornærmet i de 114 sakene som gjelder mistanke om alvorlig vold mot små barn. Kapitlet presenterer informasjon om barnas kjønn, alder og familiesituasjon, og løfter frem særskilte utfordringer og sårbarheter hos barna, slik som sykdom, søvnproblemer og spisevansker. Avslutningsvis beskrives de mange og alvorlige konsekvens-ene av å bli utsatt for vold tidlig i barndommen.

5.1 Kjønn, alder og familiesituasjon

I de 114 sakene i utvalget er det til sammen 70 gutter og 45 jenter som er registrert som fornærmet. Det er en tydelig overvekt av de aller yngste barna i mate-rialet. 65 % av barna var 1 år eller yngre da skaden ble registrert, og litt over en tredjedel av utvalget var under 6 måneder. En fullstendig oversikt over barnas alder finnes i figur 10 under.

Figur 10: De fornærmede: alder ved sakens registreringsdato (N=115)



Nesten alle barna bodde sammen med minst en biologisk forelder. Nærmere 83 % av barna bodde med to biologiske foreldre, mens 12 % bare med én biologisk forelder. Kun fem barn i utvalget bodde enten med fosterforeldre, eller én biologisk forelder og én steforelder.

Litt over to tredjedeler av barna hadde søsken, og fem av barna var tvilling. Det er ett tvillingpar i utvalget hvor begge er fornærmet. 32 % av barna var foreldrenes førstefødte barn.

Et av barna i nåværende utvalg er søsken av fornærmede i utvalget fra Kripos' foregående rapport om alvorlig vold mot små barn 2019. Den tidligere saken gjaldt et dødsfall hos et barn under tre måneder, der dødsårsaken ble antatt å være lungebetennelse. Det ble imidlertid avdekket flere eldre ribbensbrudd som trolig hadde medført betydelig redusert pusteevne og økt risiko for infeksjoner, herunder lungebetennelse. Saken ble henlagt på bevisets stilling. Foreldrene fikk noen år senere et nytt barn, hvor det ble etterforsket om tre bruddskader som ble avdekket da barnet var under 3 måneder kunne være påført ved vold.

5.2 Sårbarheter hos de fornærmede

Små barn er helt avhengige av omsorg – og når de blir syke, sover dårlig eller har andre utfordringer, trenger de enda mer. Forskning viser at i familier der barnet har store helseproblemer eller utviklingsvansker, er det en økt risiko for fysisk mishandling.⁴²

I gjennomgangen av straffesakene var det registrert flere ulike sårbarheter hos de fornærmede barna. Informasjonen har ofte fremkommet av helsejournaler, eller i samtaler med helsepersonell eller i politiavhør, for eksempel gjennom detaljer om et barn som gråter mye, sover lite, eller hadde problemer med å spise. I nærmere to tredjedeler av sakene – i alt 73 barn – kom det frem at barnet hadde en eller annen form for sårbarhet. Dette kunne være alt fra mye gråt til medfødte diagnoser eller forsinket utvikling.

5.2.1 Premature barn

Å bli født for tidlig er et eksempel på en sårbarhet. Det er vanlig at barn født prematurt – her definert som barn født før svangerskapsuke 37 – kan ha ulike helseutfordringer de første leveårene. Det kan være plager knyttet til søvn, mat og gråt, eller økt risiko for sykdom og alvorlige sykdomforløp. Noen premature barn vil kunne trenge sykehusopphold, medisinske

inngrep eller intensivbehandling, som kan være stressende og belastende også for omsorgspersonene. Videre viser studier at premature barn generelt er mer sårbare gjennom barndommen og voksenlivet. For eksempel har de større risiko for ulike alvorlige utviklingsforstyrrelser, utfordringer med psykisk helse og sosiale relasjoner.⁴³

Blant de 115 barna i utvalget, var 11 født prematurt. Åtte av disse barna hadde tydelige helseplager som påvirket dem i varierende grad. Dette kunne for eksempel dreie seg om behov for pustestøtte eller CPAP, opphold i kuvøse, ernæring gjennom sonde, brokk, eller fysiske plager som mage- og tarmproblemer som kunne gi utfordringer med næringsopptak og lav vekt. Av disse var nærmere 50 % under seks måneder gamle da saken ble registrert hos politiet.

I sakene hvor de premature barna er fornærmet, er det tydelig at det dreier seg om svært alvorlige skadeutfall, hvorav ett drap, et dødsfall, en hjerneskada, et tilfelle av mistenkt medisinsk barnemishandling (se kapittel 7) samt flere barn med brudd – noen med mange brudd på kort tid. Ni av de premature barna var foreldrenes førstefødte.

5.2.2 Søvn og spising

Utfordringer med å sørge for at barnet får nok mat eller søvn hører til hverdagen med små barn, og er noe de fleste foreldre opplever. Noen ganger kan likevel slike plager bli mer alvorlige og oppleves som særlig belastende for foreldrene. Når denne rapporten beskriver barn med søvnvansker, mye gråt eller næringsinntak, vurderes det til å være av et slikt omfang at det overskrider det man anser som normale utfordringer hos små barn.

Det har i 14 saker kommet frem at barna har uttalte plager relatert til soving. Dette kan dreie seg om ulike utfordringer, men oftest om at barna sov lite eller



Foto: Shutterstock.com

hadde hyppige oppvåkninger med gråt. Disse sakene hadde påfallende alvorlige skadeutfall – hvorav to dødsfall, to drapsforsøk, en brannskade, flere brudd i kropp, og flere alvorlige hodeskader. I noen av sakene var det både brudd i kroppen og alvorlige hodeskader.

I minst syv av sakene var det informasjon om at barna gråt veldig mye eller var diagnostisert med kolikk. Det er likevel grunn til å tro at flere barn enn det foreligger opplysninger om, gråt mye eller hadde kolikk. Det kan blant annet skyldes at flere foreldre synes å være tilbakeholdne med å fortelle om vanskeligheter hos barnet under politiavhør – selv om plagene er normale og ikke uvanlige for små barn. Foreldrene kunne for eksempel fortelle om at barnet ikke opplevdes som vanskelig, var bare ”snilt” og at de aldri ble frustrerte selv om barnet for eksempel hadde kolikk og store utfordringer med søvn.

Tilsvarende var det informasjon om at 21 barn hadde plager relatert til mat og spising. I de fleste av disse tilfellene opplevde foreldrene at barnet ikke fikk i seg nok mat, mens i noen saker var utfordringene knyttet til oppkast/gulping. Disse sakene hadde også alvorlige skadeutfall, inkludert dødsfall, brudd i kropp og alvorlig hodeskade, samt to saker med medisinsk barnemishandling.

Informasjonen om sykdommer, samt mat- og søvnvansker, gjaldt forhold som skal ha eksistert før barnet fikk skader. Samtidig kan det ikke utelukkes at noen av disse utfordringene kan ha opphav i tidligere vold eller en utrygg omsorgssituasjon.

5.2.3 Sykdommer og diagnoser

En annen sårbarhet flere av barna hadde var ulike sykdommer og diagnoser. Alvorlighetsgraden til plagene varierte og kunne spenne mellom melkeallergi og astma, til alvorlige syndromer og sykdommer.

9 av barna i utvalget hadde store og alvorlige plager de enten var til utredning for, eller var diagnostisert med. Eksempler på disse diagnosene var hjertefeil, epilepsi, charge syndrom, lammelser, funksjonshemming, sen motorisk utvikling, manglende språkutvikling og barneautisme.

5.2.4 Særlig sårbare fornærmede

Av de 73 barna beskrevet over – som hadde en eller annen form for sårbarhet – hadde i alt 36 av dem (49%) *særlige sårbarhetsfaktorer*. Med særlige sårbarhetsfaktorer menes her at barna var spesielt utsatte ved å ha én eller flere uttalte helseproblemer eller utviklingsvansker.

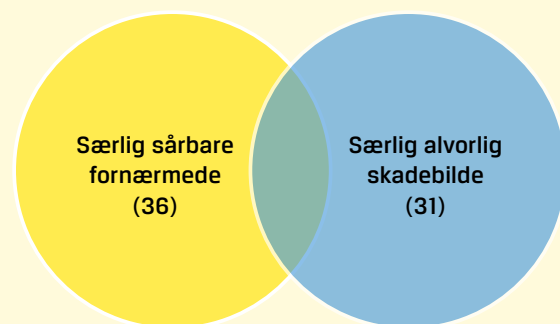
For eksempel hadde flere av barna både kolikk og uttalte problemer med søvn. Andre var til utredning for én eller flere alvorlige sykdommer og hadde uttalte mage-tarm relaterte plager. Andre igjen hadde problemer fra mage-tarm, søvnvansker og samtidig kolikk. Noen av barna var til utredning for flere og samtidige alvorlige tilstander.

Slik som beskrevet i kapittel 3, var det totalt 31 saker som ble kategorisert som saker med *svært alvorlig skadebilde* (se side 28). Typisk for disse sakene var at skadebildet enten var meget omfattende (10+ brudd) eller av livstruende karakter.

⁴² Myhre, 2010 ; Legano et al., 2021

⁴³ Wolke, 2018

Figur 11: Venn-diagram som viser overlapp (N=15) mellom særlig sårbare fornærmede og særlig alvorlig skadebilde



Når vi ser nærmere på sakene som gjelder særlig sårbare fornærmede (N=36), er det overlapp i 15 saker mellom særlig sårbare fornærmede og særlig alvorlig skadebilde (se figur 11). Det vil si at i 15 av sakene hadde barna særlige sårbarhetsfaktorer og endte så med å få et svært alvorlig skadebilde. For eksempel kan et barn ha vært plaget av kolikk og søvnproblemer, for så ha fått over ti brudd ulike steder i kroppen. Andre eksempler på skadeutfallene hos disse barna var livstruende sepsis, kvelninger, intoksikasjon med livsfare, omfattende og alvorlige hjerneskader og dødsfall.

5.3 Langsiktige følger av vold tidlig i barndommen

Vold i barndommen kan gi store konsekvenser for individet som blir utsatt for det og samfunnet som helhet. Straffesaksutvalget i denne rapporten gir et situasjonsbilde, men ikke et grunnlag for å si noe systematisk om hvordan det går med de fornærmede når de blir eldre. Den omfattende forskningslitteraturen på voldens konsekvenser gir imidlertid et mer tydelig bilde av hvordan barn som utsettes for vold klarer seg over tid. Når denne rapporten omtaler slike følger, bygger det på forskningslitteratur.

Studier viser at jo yngre barnet er når det først utsettes for vold, desto større er risikoen for både flere voldshendelser senere i livet og samtidig mer alvorlige konsekvenser. Små barn mangler ofte både kognitive og fysiske ressurser til å håndtere vold, og har ikke utviklet stabilt selvbylde eller tilknytningsmønstre.⁴⁴

5.3.1 Fysiske konsekvenser

Selv om små barn har et fleksibelt og tilpasningsdyktig skjelett som gjør at en del skader kan hele uten varige problemer, disponerer vold i barndommen for sykdommer og funksjonsfall. Hode- og blødnings-skader kan gi mer varige og alvorlige skader.⁴⁵ Forskning viser for eksempel at barn med alvorlige hodeskader har økt risiko for langtidsskader innen kognisjon, adferd, motorikk, syn og epilepsi. Barn kan utvikle økende vansker over tid, og mange får alvorlige funksjonsnedsettelse som krever langvarig medisinsk, pedagogisk og sosial oppfølging.⁴⁶

Studier viser videre at barn som har blitt utsatt for vold har større risiko for å ta med seg helseproblemer ut i ungdoms- og voksenlivet og kan for eksempel oppleve kroniske smerter eller andre helseplager. Dette kan delvis ha sammenheng med at vold tidlig i barndommen øker risikoen for selvdestruktiv og risikofylt atferd.⁴⁷

5.3.2 Psykiske konsekvenser

Barn som er utsatt for vold i nære relasjoner har økt risiko for ulike psykiske helseplager slik som depresjon, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Selvmord og selvskading har blitt rapportert som mer hyppig fremkommende blant personer som har opplevd vold i barndommen sammenlignet med personer som ikke har opplevd vold.⁴⁸ Andre studier indikerer at det er en sammenheng mellom personer som har opplevd vold i barndommen og plager slik som rusmisbruk, spiseforstyrrelser og seksuelt risikofylt atferd.⁴⁹ Vold i tidlig alder kan dessuten påvirke barnas evner til å skape og vedlikeholde trygge og nære relasjoner.

Barn som utsettes for vold som spedbarn, kan reagere lite i starten, og det kan fremstå som at barna ikke er så berørte av hendelsene. Det er imidlertid viktig å huske på at forståelsen av svik og opplevelser av traumer virker og oppleves annerledes i en ung og ikke-språklig alder.⁵⁰ Tegnene på opplevd traume og forståelsen av dette kan dukke opp senere i livet. Kunnskap om konsekvensene av vold hos de yngste er viktig slik at barna kan bli fulgt opp riktig for å forebygge og redusere alvorlige konsekvenser.

5.3.3 Konsekvenser for den kognitive utviklingen

Forskning viser at hjernen i de aller tidligste leveårene – særlig før treårsalderen – er i en svært kritisk og sensitiv utviklingsperiode. I de første leveårene formes grunnleggende kognitive og emosjonelle systemer, og de kan være vanskelige å endre i ettertid. Vold i barndommen kan føre til varige endringer i hjernens utvikling.⁵¹ Slike erfaringer påvirker stressrespons, immunsystemet og strukturer i hjernen som er viktige for følelser og atferd. Disse biologiske endringene kan igjen gjøre personer mer

sårbare for psykiske og fysiske helseproblemer senere i livet.⁵² Språk- og læringsevner kan rammes, og dette kan igjen påvirke skoleprestasjoner, deltakelse og fungering i arbeidslivet og sosiale relasjoner.⁵³

5.3.4 Avvikende atferd og økt risiko for selv å utøve vold

Tidlig vold kan svekke barnets evne til å regulere emosjoner og stress, som kan medføre konflikter og vansker i sosiale relasjoner. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjorde en studie hvor de fulgte unge utsatt for vold i barndommen over tid.⁵⁴ Der fant de at personer som har opplevd vold i barndommen rapporterer mindre sosial støtte, svakere familiesamhold og større grad av ensomhet og svik enn andre. Mange bærer på skam, og en betydelig andel forsøker å skjule det som skjedde eller bekymrer seg for andres reaksjoner. Samme studie fant også at voldsutsatte hadde større risiko for problemfylt drikke- og rusmønstre.

Vold i barndommen øker ikke bare risikoen for å bli utsatt for nye voldshendelser, men også sannsynligheten for selv å utøve vold senere i livet. Sammenlignet med barn som ikke har vært utsatt for vold, har voldsutsatte barn en klart høyere risiko for å utøve vold eller annen kriminalitet som ungdom og voksen. Dette kan omfatte alt fra involvering i mindre konflikter til alvorlige voldshandlinger.⁵⁵

44 Mossige & Stefansen, 2016; Sylvestre et al., 2016; Tsunga et al., 2024.

45 Norman et al., 2012; NKVTS, 2018.

46 Narang et al., 2020; Jackson et al., 2021.

47 Aakvaag & Strøm, 2019.

48 Thoresen & Hjemdal, 2014; Thoresen et al., 2015; Dale et al., 2023.

49 Norman et al., 2012; NKVTS, 2018.

50 Norman et al., 2012.

51 NKVTS, 2018; Keeanen et al., 2019.

52 Keeanen et al., 2009.

53 Dale et al., 2023.

54 Aakvaag & Strøm, 2019.

55 Strathearn et al., 2021.

Kapittel 6

De anmeldte

Dette kapitlet handler om personene som er anmeldt for alvorlig vold mot barn under fire år. Det vil si at de har hatt status som mistenkt, siktet eller domfelt i straffesakene som danner grunnlaget for denne rapporten.⁵⁶ Mange av sakene er imidlertid henlagt, og flere venter fortsatt på rettslig avgjørelse. Derfor omtales disse personene som «de anmeldte», og ikke «gjerningspersoner».

6.1 Saksavgjørelse av det anmeldte forholdet

Det er 156 personer som har hatt status som mistenkt, siktet eller domfelt i de 114 straffesakene omtalt i denne rapporten.⁵⁷ Ytterligere ett foretak (barnehage) er registrert som mistenkt. Slik som ved forrige rapport om alvorlig vold mot små barn for perioden 2015-2018, er det flere anmeldte personer enn det er fornærmede barn (115). Av disse har:

- 125 personer fått saken sin henlagt. 28 personer har fått saken henlagt som intet straffbart forhold bevist, og 94 personer på grunn av bevisets stilling. I tre av sakene døde den anmeldte og saken ble henlagt som følge av det.
- 14 personer har fått en rettskraftig avgjørelse (og blitt dømt til enten ubetinget eller betinget fengsel, dom med straffeutmålingsfrafall eller overføring til tvungent psykisk helsevern eller samfunnsstraff).
- 3 personer har blitt frifunnet i retten.
- 15 personer hadde per januar 2026 ikke fått saken avgjort.

6.2 Kjønn, alder og familiesituasjon

Det er tilnærmet like mange menn (N=76) som kvinner (N=80) blant de anmeldte. De anmeldte var i all hovedsak barnas biologiske foreldre, hvorav 47 % var mødre og 41 % var fedre. Ti av de anmeldte var barnets besteforeldre og 5 var barnets steforeldre. Det var svært få tilfeller av fosterforeldre (2) eller andre personer med en ikke-familiær relasjon til barnet (2).

Det er et stort spenn av alder blant de anmeldte, med den yngste på 18 år, og den eldste på 72 år. Den største andelen av anmeldte foreldre er imidlertid et sted mellom 27 år og 35 år, hvorav mødrene har en gjennomsnittsalder på 30 år og fedrene på 31 år.

Forskningslitteraturen tyder på at ung alder blant foreldre er en risikofaktor for å utøve vold mot barn – også når det gjelder vold mot de yngste.⁵⁸ I en studie ble det for eksempel anslått at foreldre var mer sannsynlige til å begå vold mot sine barn hvis de var i alderen mellom 21 år og 30 år.⁵⁹

6.3 Lovbruddshistorikk

Personer med tidligere voldshistorikk har økt sannsynlighet til å begå nye voldslovbrudd.⁶⁰ Med dette som utgangspunkt har vi undersøkt om de anmeldte i utvalget har en historikk med overtreddelser av volds- eller seksuallovbrudd, samt om de har vært involvert i andre typer lovbrudd. Opplysningene om straffehistorikk er hentet fra politiets straffesaksregister.

Av de 156 anmeldte finner vi 65 personer som tidligere har vært anmeldt for et lovbrudd forut for anmeldelsen for vold i dette utvalget⁶¹. Blant de anmeldte har 31 (20%) vært anmeldt, siktet eller domfelt i saker der minst én anmeldelse gjaldt vold, trusler eller seksuallovbrudd. Det er flere menn enn kvinner som har straffehistorikk med vold, trusler eller seksuallovbrudd.

De anmeldte var til sammen registrert som mistenkt, siktet eller domfelt for 1705 forhold i politiets straffesaksregister⁶². Mange av de anmeldte hadde omfattende lovbruddshistorikk:

- 46 personer (30%) var mistenkt, siktet eller domfelt for over 5 forhold.
- 29 personer (19%) var mistenkt, siktet eller domfelt for over 10 forhold,
- 16 personer var mistenkt, siktet eller domfelt for over 20 forhold og
- 9 personer var mistenkt, siktet eller domfelt for minst 50 forhold.

De fem anmeldte som var registrert som mistenkt, siktet eller domfelt flest ganger, var samlet registrert med denne rollen i totalt 798 forhold.

6.4 Sårbarheter hos de anmeldte

Det er godt kjent i forskningen at personer som utøver vold mot barn ofte har komplekse og sammensatte utfordringer.⁶³ Økt forståelse for omsorgspersoners sårbarheter er viktig for å kunne utvikle effektive forebyggende tiltak og sikre nødvendig oppfølging av familier i utsatte situasjoner.

I gjennomgangen av straffesakene er det derfor undersøkt noen av de mest vanlige sårbarhetsfaktorene som kjennetegner denne gruppen – inkludert uttalte

helseproblemer, rusmisbruk, vold og konflikt i familien, samt tilstedeværelse av nettverk og støtteapparat. Disse vil beskrives under. Det innebærer imidlertid ingen direkte årsakssammenheng mellom risikofaktorer og voldsutøvelse. Mange personer har ulike risikofaktorer uten at de noen gang begår vold.

Det er samtidig viktig å understreke at selv om mange av de anmeldte har flere sårbarheter, finnes det også tilfeller der foreldre fremstår som ressurssterke, ikke tidligere har vært kjent for politiet og i utgangspunktet beskrives som gode og trygge omsorgspersoner. Dette viser at man ikke bør legge for stor vekt på sårbarhetskategorier eller betegnelser som «særlig utsatt», og at vurderinger alltid må ta utgangspunkt i barnets konkrete situasjon.

6.4.1 Helseproblemer

I 46% av straffesakene er det beskrevet ulike helseplager hos de anmeldte, og det synes ikke å være vesentlig forskjell mellom mødrene og fedrene. Helseproblemene kunne dreie seg om plager de selv oppga under avhør med politiet, det kunne være bekreftet informasjon og diagnoser som har fremkommet fra helsejournaler, eller det kunne være informasjon politiet hadde fått i avhør av helsepersonell, nær familie eller venner av de anmeldte.

De fysiske helseutfordringene var i mindretall i dette utvalget, og dreide seg typisk om kroniske smerter, diabetes, stoffskifte, hjerte- karsykdommer samt diverse muskel- og skjelettrelaterte plager. For de fleste var imidlertid ikke de fysiske helseplagene av en slik karakter at det gikk utover daglig fungering og livskvalitet.

Det var 6 anmeldte i straffesaksutvalget som av sakkyndige ble beskrevet med lavere kognitivt evnenivå.

56 Det er i alt registrert 234 omsorgspersoner og ytterligere to personer med ikke-familiær relasjon fordelt på de 114 straffesakene for perioden 2019-2024. Av disse hadde 156 personer status som mistenkt, siktet eller domfelt i straffesakene.

57 Uttrekk hentet 22.01.2026.

58 Younas & Gutman, 2023.

59 Thornberry, 2013.

60 Schleimer et al., 2025.

61 Uttrekk hentet 22.01.2026. Uttrekket omfatter kun saker registrert frem til 2019. Lovbruddshistorikk fra perioden 2019-2024 inngår derfor ikke. Det er dermed sannsynlig at det reelle tallet er høyere.

62 Uttrekk hentet 22.01.2026. Uttrekket omfatter saker registrert hos politiet frem til 19.01.2026. Noen få av disse sakene vil derfor ha tilkommet etter anmeldelse for vold i dette utvalget.

63 Younas & Gutman, 2023.

6.4.2 Psykiske helseplager

Ulike psykiske helseplager var utbredt hos de anmeldte i utvalget. Det var et bredt spekter av psykiske problemer og symptomer, og alvorlighetsgraden varierte fra milde plager til mer alvorlige og funksjonsnedsettende lidelser. Mange hadde for eksempel problemer knyttet til ulike angstlidelser, særlig PTSD. Det kunne enten være PTSD knyttet til barndomsopplevelser, eller grunnet ulike opplevelser i voksen alder, inkludert vold og overgrep fra enten nåværende eller tidligere partner. I andre straffesaker fremkom det informasjon om depressive symptomer hos de anmeldte. Dette kunne variere fra stressrelatert nedstemthet til selvmordstanker og selvmordsforsøk.

Andre psykiske lidelser som ble beskrevet var sosial angst, tvangstanker – og handlinger (OCD), ADHD, asperger, bipolar lidelse, schizofreni og søvnforstyrrelser.

Noen var mistenkt for å ha eller bekreftet diagnostisert med personlighetsforstyrrelser, hvor emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse⁶⁴ var mest gjentakende i dette utvalget. Andre var diagnostisert med blandet personlighetsforstyrrelse og noen ble av sakkyndige beskrevet til å ha dyssosiale trekk.⁶⁵

Selv om psykiske helseplager var jevnt fordelt på både mødrene og fedrene, tyder kvalitative analyser av straffesakene på at det er visse kjønnsforskjeller i hvordan plagene utarter seg. Fedrene hadde oftere straffehistorikk med vold og synes i større grad å ha flere rusrelaterte problemer. Flere av fedrene fortalte selv om økonomiske problemer, som angst og bekymringer rundt gjeld, eller opplevd press fordi far eksempelvis var den eneste økonomiske forsørgeren i familien.

Fedrene kunne også ofte beskrive seg selv annerledes enn de ble oppfattet av andre: som rolige, omsorgsfulle, glade for å være foreldre og i god fysisk og psykisk helse. I noen tilfeller kunne andre rundt dem beskrive dem på en annen måte, hvor særlig mødrene kunne fortelle om at far var aggressiv og truende, eller at far hadde utøvd vold mot mor både i edru og beruset tilstand. I noen få av disse tilfellene var det hendelser som kunne spores fra tidligere anmeldelser eller politiets operasjonslogg.

Mødrene syntes i større grad å fortelle om plager rundt traumatiske opplevelser. Flere mødre fortalte enten i avhør eller til psykiatrisk sakkyndige om opplevelser av vold og overgrep som barn selv, og om andre traumatiske opplevelser som de fortsatt jobbet med å bearbeide. En del mødre fortalte om vold og overgrep fra enten nåværende partner eller tidligere partnere. De kvalitative beskrivelsene stemmer også overens med straffesaksopplysninger. Mange av de anmeldte i utvalget hadde tidligere vært fornærmet i en straffesak (62%).⁶⁶ For 56 (36%) av de 156 anmeldte, var dette i en sak som gjaldt volds- eller seksuallovbrudd, hvorav 19 var fornærmet i en slik sak før de fylte 18 år. De 19 hadde til sammen vært utsatt for 31 volds- eller seksuallovbrudd før de fylte 18 år.

Videre fremkom det informasjon i minst 8 av sakene om at mødrene hadde svangerskapsrelatert depresjon. Dette kunne være knyttet til svangerskapet med fornærmede eller til svangerskapet til søsken av fornærmede. Det er rimelig å anta at antallet foreldre som opplevde fødselsdepresjon er noe høyere. I den generelle befolkningen antar man at mellom 7-13 % kvinner opplever fødselsdepresjon i ulik alvorlighetsgrad.⁶⁷

Imidlertid hadde begge kjønn til felles at mange strevde med emosjonell regulering. For noen innebar det problemer med å regulere følelser som angst og sinne. For eksempel, i en dom fra Vestfold tingrett, beskrev en far at han ikke husket så mye av

de mange bruddene han hadde påført datteren sin, men at det var en slitsomt periode med lite søvn og kranling med samboer i en overveldende spedbarnsperiode:

“ Det var da akkurat som en bryter som ble slått av. Alt som var «han» ble skrudd av og det ble et sinne. Han husket at han lente seg ned, tok tak i begge bena til [fornærmede] og dro de opp fort og ved en rask bevegelse. Han forklarte at bena hovedsakelig ble dratt oppover. [fornærmede] fikk stor smerte og begynte å gråte.”⁶⁸

Andre ganger beskriver foreldre eller andre en tilsynelatende manglende følelse av tilknytning og nærhet til barnet. For eksempel, i en sak hvor far ble dømt i tingretten⁶⁹, finnes det også flere opplysninger

om at mor slet med alvorlig svangerskapsdepresjon og manglende tilknytning. Far ble beskrevet som mye sint, og mor som passiv og unngående. Helsestasjonen beskrev at mor hadde:

“ (...) kjent liten grad av følelsesmessig tilknytning. Det er barnefar som håndterer barnet når barnet skal veies og skiftes bleie på.”⁷⁰

Mor ble senere utredet for fødselspsykose.

En alvorlig skade på eget barn kan utløse psykiske reaksjoner, uavhengig av om forelderen har medvirket til skaden. Informasjonen om helsetilstanden til de anmeldte stammer imidlertid fra etterforskningen, og problemene som beskrives skal ha vært til stede før barnet ble skadet.

6.4.3 Bruk av rusmidler

Forskningslitteraturen har vist at barn har økt risiko for å bli utsatt for vold når de vokser opp i familier med rusproblemer.⁷⁰ I gjennomgangen av straffesakene er det derfor sett etter opplysninger om rusbruk

blant de anmeldte. Informasjonen gjaldt bruk av narkotiske stoffer eller omfattende alkoholforbruk. Opplysningene ble innhentet enten gjennom uttalelser underveis i etterforskningen eller ved innhenting av straffehistorikk.

Det knytter seg stor usikkerhet til disse opplysningene. Mange vil underrapportere egen eller andres rusbruk i frykt for straff eller barnevernets involvering. Dessuten har rusbruk i noen saker ikke vært tema i avhør. Dermed er det sannsynlig at den reelle andelen med rusproblemer blant de anmeldte er noe høyere enn det som fremgår av straffesaksdokumentene.

64 En vanlig forståelse av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er at det er en tilstand kjennetegnet av store vansker med følelsesregulering, impulsivitet og ustabile relasjoner. Personer med denne lidelsen opplever ofte intense humørsvingninger, et skiftende selvilde og sterke reaksjoner på små endringer i omgivelsene (NHI, 2022).
65 Dyssosiale trekk viser til et mønster av atferd preget av manglende respekt for andres rettigheter, impulsivitet og ofte manipulerende eller kriminelle handlinger. Personer med slike trekk kan være hensynsløse, aggressive og lite motiverte for å endre atferd, og de viser gjerne liten skyldfølelse eller anger når de skader andre (NHI, 2023)
66 Merk at til forskjell fra de kvalitative beskrivelsene gjelder disse estimatene for både kvinner og menn og skiller hverken på relasjon eller kjønn.
67 Sele & Larsen, 2024.

68 Vestfold Tingrett, 21-178420MED-TVES/THOR..
69 Vestfold Tingrett, 21-178420MED-TVES/THOR.
70 Younas & Gutman, 2023

Analysen av tilgjengelige data viser likevel at rundt en fjerdedel av de anmeldte enten hadde brukt eller fortsatt brukte illegale rusmidler, og dette synes særlig å gjelde fedrene. Noen hadde vært eller var til behandling for rusproblemer, mens andre oppga at de enda ikke hadde mottatt behandling. For en tredjedel av de som brukte illegale rusmidler hadde rusbruken fortsatt inn i det skadede barnets levetid, med stoffer som cannabis, amfetamin, kokain, opiater, GHB, anabole steroider og benzodiazepiner. Resten oppga at rusbruken opphørte før barnet ble født.

Ofte synes rusproblematikken blant de anmeldte å være omfattende og sammensatt. Mange hadde for eksempel parallelle psykiske lidelser, og nærmere en tredjedel av de med rusproblematikk hadde tidligere vært mistenkt, siktet eller domfelt i saker som omhandlet vold. I de sakene med alvorlig rusmisbruk både før og i barnets levetid var det ofte andre omsorgspersoner for barnet, inkludert besteforeldre, som fungerte som fosterforeldre.

6.4.4 Vold og konflikt i hjemmet

Partnervold er en av de viktigste risikofaktorene for vold mot barn. Forskning antyder at barn som blir utsatt for vold også ofte blir vitner til vold mot andre personer.⁷¹ I 40 av straffesakene i utvalget var det informasjon om vold eller konflikter i hjemmet til barnet. Alvorlighetsgraden varierte. Det kunne dreie seg om at helsevesenet eller barnevernet var bekymret for omsorgssituasjonen til familien, eller at vitner hadde hørt eller observert høylytt krangling mellom foreldrene – ofte over lengre tid. Det kunne også være tidligere anmeldelser av vold eller informasjon om at mor hadde oppsøkt krisesenter.

Det var informasjon i straffesakene om at 73 av de 156 anmeldte på en eller annen måte ble fulgt opp av andre offentlige instanser forut for barnevoldssaken, hvorav barnevernet var den som var hyppigst involvert (59).⁷²

71 Younas & Gutman, 2023
72 Rutinemessige oppfølginger på helsestasjonen er ikke medregnet i dette anslaget.

Av de som ble fulgt opp, var det informasjon i 39 av straffesakene om vold eller konflikter i hjemmet.

6.5 Arbeidsstatus

Selv om fysisk vold mot barn kan forekomme i alle slags familier med ulike sosioøkonomiske bakgrunner, ser man likevel tegn til det er en større risiko hos familier med begrensede økonomiske ressurser og der foreldrene har lav utdanning eller står utenfor arbeidslivet.⁷³

Dette innebærer ikke at lav utdanning eller arbeidsledighet i seg selv fører til vold mot barn. Risiko kan oppstå i kombinasjon med andre faktorer, som rusproblemer, psykiske lidelser og vansker med følelsesregulering, for eksempel sinne. Straffesakene og politiets registre gir imidlertid liten mulighet til å få en presis oversikt over familienes utdanning eller økonomiske ressurser. Det har derimot vært mulig å registrere informasjon om tilknytning til arbeidslivet, hovedsakelig basert på de involverets uttalelser i avhør.

Tallene viser at 52 % av de anmeldte hadde heltids- eller deltidsarbeid, mens 5 % var under utdanning. Nærmere 40 % stod utenfor arbeidslivet som arbeidsledige eller trygdet, hvilket er noe høyere enn forrige rapportering (31%).⁷⁴ Andelen arbeidsledige i utvalget var markant høyere enn hos befolkningen for øvrig (4,5%).⁷⁵

Økningen i arbeidsledighet fra forrige rapport kan skyldes at flere av de anmeldte i dette utvalget ble berørt av covid-19 pandemien. Det foreligger ingen konkrete tall på hvor mange personer i dette utvalget som fikk arbeidsrelaterte konsekvenser av pandemien, men nasjonale tiltak som nedstenginger førte til en umiddelbar økning i arbeidsledighet og permitteringer generelt.⁷⁵ Unntakstilstander slik som en pandemi og tilhørende inngripende tiltak kan også i seg selv være en risikofaktor – noen ganger ved at slike tilstander forsterker andre risikofaktorer.⁷⁶

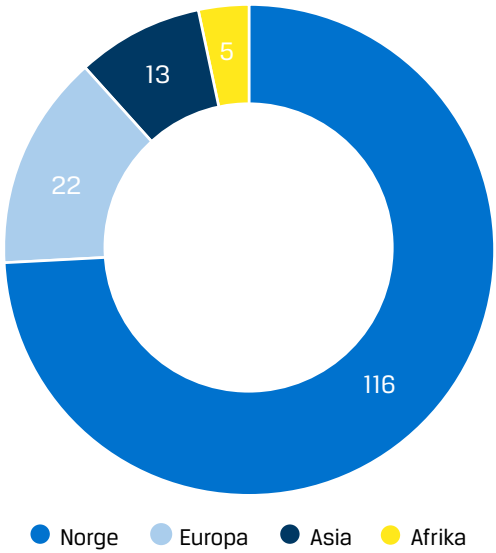
73 Harden et al., 2016
74 Kripos, 2019
75 SSB, 2025
76 Nøkleby et al., 2021

6.6 Fødeland og statsborgerskap

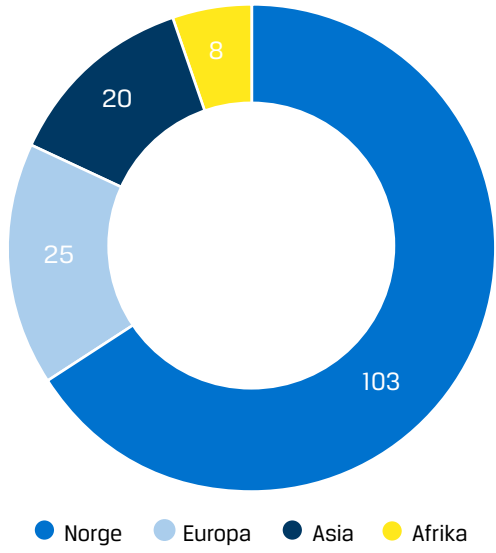
Blant de anmeldte var majoriteten (66%) født i Norge. Videre hadde 116 personer (74 %) norsk statsborgerskap. Gruppen representerte stor variasjon, med

fødeland fra 27 ulike land og statsborgerskap fordelt på 13 land. Når tallene sammenlignes med innvandrerbefolkningen for øvrig, fremstår ingen enkeltland som spesielt fremtredende.

Figur 12: De anmeldte fordelt på statsborgerskap (N=156)



Figur 13: De anmeldte fordelt på fødeland (N=156)



6.7 Særlig sårbare familier med mange risikofaktorer

Som vist i de forrige avsnittene, hadde 68% av de anmeldte i utvalget ulike sårbarhetsfaktorer. Det sees tilsvarende omfang på familienivå. Det vil si at 89 av familiene (78%) i de 114 straffesakene, hadde én eller flere sårbarhetsfaktorer.⁷⁷ Det kunne dreie seg om at foreldrene hadde straffehistorikk fra før, at mor eller far ikke var i arbeid eller at en av dem eller begge hadde hatt et rusproblem. En annen vanlig sårbarhet var at foreldrene hadde uttalte psykiske helseplager.

Noen av familiene hadde flyktningbakgrunn eller var relativt nyankomne til Norge.

Selv om mange av familiene hadde én eller flere sårbarhetsfaktorer, viser gjennomgangen av straffesakene at 31 av dem faller inn under det som her er definert som *særlig sårbare familier*, ved at de hadde flere alvorlige risikofaktorer.

77 En familie har blitt kodet til å ha en sårbarhetsfaktor dersom én eller flere av barnets hovedomsorgsperson(er) har hatt én eller flere sårbarhetsfaktorer.

Med særlig sårbare familier menes familier med kjent voldsrisiko – definert som at familien på skadetidspunktet var under oppfølging av én eller flere offentlige instanser, og der fornærmedes omsorgspersoner hadde minst to av følgende kjennetegn:

1. En forelder anmeldt til politiet svært mange ganger tidligere, herunder anmeldt for minst én voldssak
2. Minst en forelder har pågående avhengighetsproblem, primært alkohol eller andre rusmidler, men også annen avhengighet (eksempel fra straffesak: gaming, porno)
3. Bisarr atferd senere år (eksempel fra straffesak: bruke avføring i konflikt, anklaget av profesjonell for å simulere sykdom)
4. På grunn av sterk bekymring for omsorgssituasjonen bodde familien med fornærmede på et barne- og familiesenter før eller idet skaden skjedde
5. Minst en forelder har selv som barn blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep
6. Minst en forelder forteller selv om eller har fått påvist en av følgende diagnoser/symptomer: personlighetsforstyrrelse, PTSD, psykoselidelse, alvorlig depresjon, selvmordsforsøk, Münchausen syndrom
7. Barnevernet har plassert et eldre søsken i beredskapshjem eller har gjennomført omsorgsovertakelse, med høyt konfliktnivå, vold og/eller rus som del av begrunnelsen (eksempel fra straffesak: det yngste barnet ble igjen og ble fornærmet i voldssak)
8. Minst en forelder selv plassert i beredskapshjem/fosterhjem som barn
9. Helsepersonell har vurdert minst en forelders evnenivå som lavt⁷⁸
10. Nylig og av offentlig instanser kjent informasjon om vold i familien ved barnets skadetidspunkt
11. Fornærmedes eldre søsken har tidligere hatt gjentatte skadehendelser som har vekket mistenksomhet, eller svært bekymringsfulle utsagn om voldsutsatthet eller omsorgssituasjon, eller

fornærmedes eldre søsken har omkommet under uklare omstendigheter som har blitt etterforsket av politiet

Hvilke av disse alvorlige risikofaktorene familiene hadde varierte, og det var mange ulike kombinasjoner av sårbarheter. Alle de 31 familiene hadde minst to av risikofaktorene, og 10 av familiene hadde fire eller flere samtidig.

I flere av sakene med slik opphopning av sårbarhets- og risikofaktorer hadde politiet vært gjentatte ganger på adressen, sendt flere bekymringsmeldinger og barnevernet hadde fulgt opp med tiltak i familien over tid. I noen saker hadde det vært mistanke om vold i familien over lengre tid, også før saken hvor barnet ble skadet, der eksempelvis mor hadde hatt flere opphold på krisesenter.

En del familier hadde hatt én eller flere barneverns-saker avsluttet tidligere, etterfulgt av nye bekymringsmeldinger og nye undersøkelser. I saker der barnevernssaker avsluttes, fremkommer det i noen tilfeller at barnevernstjenesten ønsket å gjøre mer for å ivareta barnet. Dette kan blant annet ses i notater med formuleringer som «mor og far ser ikke behov eller ønsker tiltak», «foreldre har takket nei til hjelpetiltak» eller «på bakgrunn av at foreldrene ikke ønsker å samtykke til hjelpetiltak, henlegger barnevernstjenesten saken med bekymring».

Særlig sårbare familier, sårbare fornærmede og alvorlige skadeutfall

Når vi ser nærmere på de 31 familiene med store og alvorlige risikofaktorer, var det i 14 av sakene også barn som hadde særlige sårbarhetsfaktorer (se side 28 for definisjon). For eksempel var flere av barna født svært premature, noen med barneautisme, og flere med store helseutfordringer knyttet til mat og søvn.



Foto: Unsplash.com

Figur 14: Venn-diagram som viser overlap mellom særlig risikofaktorer i familiene, særlig sårbare fornærmede og særlig alvorlig skadebilde⁷⁹



Videre ser vi at det også er overlap mellom familier med store risikofaktorer og alvorlige skadeutfall. Det vil si at i 13 av sakene hvor familiene hadde særlige sårbarhetsfaktorer, var også saker med svært alvorlig skadeutfall hos barnet. I seks av disse sakene døde barnet, i fem av sakene var det mistanke om vedvarende grov vold eller grov omsorgssvikt med konsekvens som av lege ble vurdert som livstruende. I to av sakene fikk barnet flere bruddskader på ulike steder

i kroppen (10-20 brudd). I fem av de 13 sakene med overlap hadde familiene fire eller flere alvorlige risikofaktorer.

Ser man særlig sårbare familier, sårbare fornærmede og alvorlige skadeutfall samlet under ett, er det seks saker som overlapper mellom alle disse tre kategoriene (se figur 14).

Det betyr at i seks av sakene hadde det vært 1) et fornærmet barn med ulike sårbarhetsfaktorer, som hadde 2) fått et svært alvorlig skadebilde og som 3) var del av en familie med flere svært alvorlige risikofaktorer.

I de seks sakene var det henholdsvis to dødsfall, ett tilfelle med mistanke om medisinsk barnemishandling, en sak med over 20 ribbeinsbrudd hvor forelder tilsto, ett tilfelle med kvelning og en sak med flere brudd og samtidig alvorlig hodeskade. I tre av sakene er det tung involvering av flere offentlige instanser, hvorav alle tre familier har bodd på familiesenter. I to av sakene har det vært vold i nære relasjoner, og i alle seks sakene hadde én eller begge foreldrene omfattende psykiske helseutfordringer.

⁷⁸ Merk at i noen tilfeller oppdages og vurderes evnenivået til foreldrene etter skadehendelsen. I dette utvalget er evnenivået kategorisert etter helsepersonells opplysninger og vurderinger.

⁷⁹ Tallene i venn-diagrammet fordeler seg slik: særlig risiko hos omsorgspersoner og særlig alvorlig skade: 13 saker. Særlig risiko hos omsorgspersoner og særlig sårbar fornærmede: 14 saker. Særlig sårbare fornærmede og særlig alvorlig skade: 15 saker. Alle risikofaktorene samtidig: 6 saker.

Kapittel 7

Medisinsk barnemishandling

I dette kapittelet gis en beskrivelse av fenomenet medisinsk barnemishandling og hva som kjennetegner disse sakene, inkludert hvordan mishandlingen skjedde. Det vil også gis en beskrivelse av omsorgspersonene som var mistenkt for å ha utøvd mishandlingen og deres kontakt med helsepersonell.

Medisinsk barnemishandling er alvorlig, vanskelig å avdekke og pågår ofte over mange år. Kunnskapsgrunnlaget om dette fra en norsk kontekst er begrenset. For å beskrive fenomenet med et bredere grunnlag, inkluderes det saker i dette kapittelet også utenfor 2019-2024, og saker der barnet var over 4 år da saken ble registrert hos politiet. Kapittelet er basert på totalt 17 norske straffesaker der det var mistanke om at 18 barn ble utsatt for medisinsk barnemishandling i perioden 1997- 2024.⁸⁰ De fleste av disse sakene (N=13) var imidlertid registrert i årsspenet 2019-2024.

7.1 Om medisinsk barnemishandling

Medisinsk barnemishandling er en form for vold der en omsorgsperson bevisst får et barn til å gjennomgå unødvendig medisinsk utredning eller behandling, noe som kan medføre både fysisk og psykisk skade hos barnet.⁸¹ Denne typen mishandling har tidligere blitt omtalt som ”Münchausen by proxy” og etter hvert ”Factious disorder imposed on another”.⁸²

Felles for disse begrepene er at en omsorgsperson – typisk en forelder – overdriver, lyver, feilaktig fremstiller eller selv påfører fysiske og psykiske symptomer hos barnet for å få oppmerksomhet fra helsevesenet og andre. Graden av alvorlighet varierer mellom saker, og kan spenne mellom ubehag og smerte og til varige skader og død. Selv om behovet for oppmerksomhet ofte er en sentral drivkraft bak denne typen mishandling, kan motivasjonen variere, og inkluderer i noen tilfeller økonomiske fordeler og andre gevinster.⁸³

Medisinsk barnemishandling er ansett som sjeldent, men det er rapporterte tilfeller i over 50 land. Et estimat er at mellom 0.5 og 2 av 100 000 barn og unge under 16 år rammes.⁸⁴ Siden mishandlingen er svært vanskelig å avdekke, er det trolig mørketall.

Selv om medisinsk barnemishandling er et sjeldent fenomen, er det en svært sammensatt og alvorlig form for vold mot barn. Forskningslitteraturen viser at det er en av de dødeligste formene for barnemishandling. Flere studier anslår at omtrent 10% av disse sakene ender i dødsfall, og nærmere 50% i pågående langsiktige tilstander⁸⁵. Mange andre får ulike fysiske og psykiske problemer langt ut i voksen alder som følge av mishandlingen.⁸⁶



Foto: Shutterstock.com

7.2 Barna utsatt for medisinsk mishandling og sykdomsbildet

Forskningslitteraturen antyder at det er omtrent like mange jenter som gutter som blir utsatt for medisinsk barnemishandling.⁸⁷ Felles for barna er at de er små når mishandlingen starter, typisk under tre år. I tilfeller der mishandlingen har vært uoppdaget, kan den pågå over lang tid og noen ganger også helt ut i barnas ungdomsliv.⁸⁸

Barnas alder i utvalget for denne rapporten spenner fra 5 uker og helt til 18 år ved registreringstidspunktet. Hovedparten av barna var imidlertid et sted mellom 3 og 5 år da saken ble registrert hos politiet. Straffesakene peker på at disse barna ofte har eldre søsken, og det er ikke uvanlig at det er mistanke om at søsken også har blitt utsatt for samme eller lignende mishandling. Dette stemmer også overens med internasjonal litteratur som viser at mellom 25-50 % av søsken av barn som er utsatt for medisinsk mishandling, selv har blitt utsatt for eller vil bli utsatt for det.⁸⁹

Avdekking av denne formen for mishandling hos ett

søsken kan dermed virke forebyggende for andre søsken i familien.

Det er stor variasjon i hvilke symptomer og tilstander som utredes og behandles, og symptomene opptrer ofte i kombinasjon. I straffesakene fra utvalget beskrives særlig gjentakende plager fra mage- og tarmsystemet, som underernæring, ulike allergier og matintoleranser, samt vansker med spising og svelging.

En del ble utredet for luftveisrelaterte plager, som trange luftveier, pustevansker – med eller uten pustestopp – og astma. Ørebetennelser, samt uforklarlige spontane blødninger fra øret, ble også beskrevet som karakteristisk. I tillegg var flere under utredning for nevrologiske tilstander, som epilepsi eller andre krampelignende anfall, samt andre alvorlige problemer som lungesykdom, immunsvikt, hjertestans og sepsis. Det er også rapportert om nevroutviklingsforstyrrelser, slik som barneautisme, ADHD, og andre utviklingsforstyrrelser.

⁸⁰ Sakene er et utvalg fra Kripas interne oversikt og antallet må ikke forstås som en uttømmende liste over straffesaker med mistanke om medisinsk barnemishandling i denne perioden.

⁸¹ Roesler, 2011.

⁸² Merk at begrepet medisinsk barnemishandling er i økende grad foretrukket i forskningslitteraturen fremfor Münchausen by proxy (MBP), ettersom det retter oppmerksomheten mot skaden barnet utsettes for, snarere enn gjerningspersonens motivasjon (Hornor, 2021). Dette gjør det mulig å fange opp et bredere spekter av saker, der barnet utsettes for betydelig skade, uten at det er nødvendig å påvise omsorgspersonens indre motiver for å kunne stille en diagnose – slik det ofte kreves ved bruk av MBP-begrepet. I denne rapporten er vårt fokus nettopp barnets skadeomfang, og vi vil derfor konsekvent benytte begrepet medisinsk barnemishandling gjennom hele teksten.

⁸³ Carter and Cording, 2021.

⁸⁴ Burch et al., 2021.

⁸⁵ Yates & Bass, 2017.

⁸⁶ Lundin, 2022.

⁸⁷ Carter & Cording, 2021.

⁸⁸ Lundin, 2022.

⁸⁹ Carter & Cording, 2021.

Alle symptomene og sykdommene som er identifisert i dette utvalget er forenlig med hva som er hyppig rapportert i forskningslitteraturen. Det er imidlertid viktig å påpeke at i noen tilfeller er flere av symptomene og sykdommene hos barna reelle og påvisbare plager. Dette gjelder særlig de mindre alvorlige og hyppig utbredte plagene hos barn. For eksempel bekreftet helsepersonell at flere av barna faktisk hadde problemer med matallergier og intoleranser, eller for eksempel astma. Det som likevel skiller disse sakene fra vanlige forekomster er at symptomene og plagene synes ikke å bedres, de eskalerer og det dukker stadig opp nye og uventede symptomer. I saker med medisinsk barnemishandling har helsepersonell også ofte problemer med å forstå og behandle plagene.

Det er heller ikke uvanlig at barna ikke responderer på behandlingen slik man forventer at de skal medisinsk.⁹⁰ Mange av barna opplever også å tilfriskne når omsorgspersonene ikke er tilstede. Sistnevnte omtales som ”seperasjonstesten”, og er en av de sterkeste indikatorene på at barnet er utsatt for medisinsk barnemishandling.⁹¹

7.3 Utøvelsen og konsekvensene av barnemishandlingen

Den medisinske barnemishandlingen utøves på ulike måter, og i mange av sakene er det tegn til at flere metoder brukes samtidig og over tid. Basert på de 17 straffesakene i utvalget fremstår særlig fem hovedformer for mishandling som gjentakende. Under er de presentert i fallende rekkefølge basert på forekomst i vårt materiale, der de mest vanlige formene for mishandling er plassert øverst.

Påføre symptomer og sykdom: Dette innebærer at omsorgspersonen aktivt fremkaller symptomer

hos barnet. Dette er ofte den mest farlige formen for mishandling, da barnet påføres reell og potensielt livstruende skader (N=11). En utbredt måte å påføre symptomer og sykdom på er gjennom forgiftning. I utvalget har det forekommet gjennom saltforgiftning, forgiftning gjennom sentraldempende medisiner samt forgiftning gjennom plantegift. Et annet eksempel på denne formen for mishandlingen er aktiv påføring av infeksjoner eller fysiske skader. Symptomer og sykdom kan også påføres gjennom kvelning. Dette skjer oftest gjennom bruk av en hånd eller et objekt som sperrer luftveiene til barnet.⁹² I utvalget var det mistanke om at 4 av barna ble utsatt for kvelning. I en sak ble mor dømt for å ha sperret luftveiene til to av sine barn, hvorav et barn døde som følge av kvelningen.⁹³ I en annen sak ble mor i tingretten dømt for å ha drept et av sine barn ved å sperre luftveiene.⁹⁴ Mor ble imidlertid frifunnet i lagmannsretten på grunnlag av at det ikke kunne utelukkes en annen dødsårsak.

Gi uriktige påstander om symptomer: Forelderen kan gi feilaktig informasjon til helsepersonell om barnets symptomer, utviklingshistorie eller tidligere behandling. Et eksempel fra straffesaksutvalget var påstander om at barnet hadde hatt flere krampeanfallet i løpet av natten, uten at noen andre var tilstede eller at det kunne bekreftes medisinsk i ettertid. Et annet eksempel var å overdrive eksisterende symptomer eller beskrive normale variasjoner i barnets helse (eksempelvis kvalme, forstoppelse, feber) som tegn på alvorlig sykdom. I en sak insisterte mor på at barnet hadde alvorlige symptomer og sykdommer, uten at helsepersonell klarte å bekrefte disse medisinsk. I alle disse tilfellene var det bekymring for at barnet hadde gjennomgått nødvendige eller smertefulle utredninger som følge av de uriktige påstandene.

Forsømme barnet bevisst: I enkelte tilfeller kan barnets symptomer forverres fordi forelderen bevisst unnlater å gi foreskrevet behandling, medisiner eller tilstrekkelig ernæring – for deretter å oppsøke helsehjelp for disse symptomene. I to av straffesakene var det for eksempel mistanke om at mor holdt tilbake inntak av mat som så ledet til alvorlige symptomer på underernæring hos barnet.

Tilbakeholde informasjon: Utøveren kan unnlate å fortelle helsepersonell om relevante forhold, som kan forklare symptomene naturlig. I utvalget er det eksempler på at en spesialist i det offentlige har stilt en diagnose, uten at mor ser ut til å ha fortalt om kontakten med spesialisthelsetjenesten når hun søkte privat helsehjelp. Dette kan bidra til unødvendige og ofte inngripende medisinske undersøkelser og behandlinger.

Manipulere prøver, utstyr eller helsedokumentasjon: Noen utøvere manipulerer medisinske prøver, tilføyer blod i urin- eller avføringsprøver, eller på en annen måte kontaminerer medisinsk utstyr for å få det til å se ut som om barnet er sykt. Det kan også innebære å forfalske helsedokumentasjon.

I litteraturen beskrives det tilfeller hvor andre personer – inkludert barnet selv – manipuleres til å oppgi uriktige opplysninger eller å oppføre seg på en slik måte at det samstemmer med utøverens narrativ om et sykt barn.⁹⁵ Fordi de fleste barna i utvalget var små, er det bare én sak hvor det var mistanke om at denne formen for manipulasjon kan ha skjedd.

I en av sakene oppstod mistanken om medisinsk barnemishandling etter eldre søskens beskrivelse av *fysisk vold* mot fornærmede. At fysisk vold kan være en del av skadebildet til barn utsatt for medisinsk mishandling fremstår noe underkommunisert i forskningslitteraturen, og er et forhold det er nød-

vendig å være oppmerksom på.

De ulike metodene for medisinsk mishandling beskrevet over er ikke uttømmende. Det er vanlig at flere av metodene brukes samtidig. I utvalget var det flere tilfeller av at utøveren både påførte symptomer og sykdommer og ga feilaktige opplysninger om disse. I andre tilfeller endret utøveren metoder over tid.

Noen av formene for mishandling, som tilbakeholdelse av informasjon og bevisst forsømmelse, er vanskeligere å påvise enn andre. Dette er trolig en av grunnene til at medisinsk barnemishandling har lang varslingstid (se kapittel 4) til politiet og er et under rapportert fenomen. Grunnen til at aktiv påføring av symptomer og sykdom er vanlig i straffesakene, skyldes trolig at kun de alvorligste sakene blir varslet til politiet. Helsepersonell er for eksempel trolig mer tilbøyelig til å se på mistanke om forgiftning som en politisak, enn en mistanke om bevisst underernæring.

7.4 Foreldre og omsorgspersoner

Den store majoriteten av utøvere er kvinner – som oftest barnets biologiske mor, eller andre kvinner med morslignende funksjon. Flere internasjonale studier anslår at mellom 91–95 % av sakene involverer mødre som primær gjerningsperson.⁹⁶ I utvalget på 17 straffesaker er det også i nesten alle tilfeller barnets mor som er anmeldt. Kun i én sak var den anmeldte en kvinnelig barnepasser. På denne bakgrunn benytter vi i dette kapittelet hovedsakelig betegnelsen ”mor” når vi beskriver utøvere av medisinsk barnemishandling.

Mødrene i utvalget var som regel mellom 23 og 34 år, oftest i 30-årene. De fleste var gift eller bodde sammen med fornærmedes far, og bare i et par saker var også far siktet. Ofte sto fedrene mer på sidelinjen og hadde vanskelig for å tro at mor kunne stå bak skadelig atferd mot barnet. I tre saker var det likevel far som mistenkte at mor hadde münchausen by proxy. I alle disse tre sakene var foreldrene separert eller skilt.

90 Lundin, 2022

91 Jenny et al., 2020; Lundin, 2022

92 Meadow, 1995

93 Hedmaken tingrett, 08-063750MED-HEDM; Eidsivating lagmannsrett, 08-141888AST-ELAG/

94 Trondenes herredsrett, 98- 603 M; Hålogaland lagmannsret, 99-572 M

95 Lundin, 2022

96 Carter & Cording, 2021; Yates & Bass, 2017

I alle 17 straffesaker hadde mødrene flere barn. Det var enten barn de hadde med far til fornærmede, eller barn de hadde fra tidligere forhold. I tre av sakene hadde et eller flere søsken av fornærmede dødd. I en eldre sak hadde 3 søsken dødd i krybbedød. I en annen sak døde søsken angivelig som følge av at mor sperret luftveiene til barnet (se beskrivelse s. 52). I en sak var dødsårsaken til søskenet ukjent.

7.4.2 Yrkesbakgrunn og sosial fungering

Flere av de som begår medisinsk barnemishandling har, eller påberoper seg å ha, medisinsk kompetanse. Ifølge noen studier har nær halvparten av utøverne hatt en form for helsefaglig bakgrunn, eller de har tilegnet seg medisinsk kunnskap som gir dem troverdighet i møte med helsepersonell⁹⁷. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til dette estimatet da det er kjent at mange utøvere lyver om yrkesbakgrunn eller kompetanse for å oppnå tillit, eller som en måte å få sosial anerkjennelse og respekt på.

I straffesaksutvalget var det 7 saker hvor mor enten hadde eller påstod å ha en helsefaglig bakgrunn - inkludert sykepleier, pleieassistent på sykehjem, helsesekretær og fagperson på utviklingslidelser hos barn og unge. Flere av de mistenkte stod utenfor arbeidslivet og mottok ulike former for offentlige stønader, typisk begrunnet med fysiske eller psykiske helseplager som de hevdet hindret dem i å være i arbeid.

Sosialt ble mange av disse mødrene beskrevet som søkende etter anerkjennelse og oppmerksomhet, men med overfladiske relasjoner og lite reell sosial støtte. I avhør av familiemedlemmer eller partnere kom det noen ganger fram at de hadde begrenset vennekrets, og enkelte fortalte selv om ensomhet. Flere ble beskrevet av de rundt som selvopptatte, passive-aggressive og emosjonelt distanserte, mens de kunne fremstille seg selv som ofre og omgivelsene som lite støttende.

For noen utvikler det seg etter hvert en høy kompetanse på de påståtte sykdommene hos barna: de behersker språket i helse- og velferdstjenestene, kjenner fagterminologi godt og klarer å navigere systemet på en måte som gjør at de fremstår som velfungerende. For andre er utgangspunktet allerede ressurssterkt: de mestrer flere arenaer, er i arbeid og fungerer godt utad. Begge disse gruppene kan være vanskeligere å avdekke og slik ha lettere for å gå under radaren i hjelpeapparatet.

7.5 Atferdsavvik, personlighet og psykiske helseutfordringer

Forskning tyder på at mange som begår medisinsk barnemishandling allerede sliter psykisk. Flere studier anslår at om lag 30 % selv har opplevd omsorgssvikt, fysisk eller seksuell vold, eller andre traumer i barndommen.⁹⁸ Slike erfaringer er i forskningen koblet til økt risiko for psykiske problemer i voksen alder, blant annet depresjon, ulike angstlidelser (inkludert PTSD), rusmiddelproblemer, selvskadning, selvmordstanker og personlighetsforstyrrelser. Hos mødre som utøver medisinsk mishandling er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (ofte kalt borderline) særlig utbredt, med typiske kjennetegn som sterke og skiftende følelser, ustabile relasjoner, tomhetsfølelse og frykt for å bli forlatt.⁹⁹

I straffesaksutvalget finnes flere slike tendenser. Mor rapporterte i samtlige saker om psykiske helseutfordringer, deriblant angstlidelser, PTSD og depresjon – noen ganger ledsaget av selvmordsforsøk. I 6 av sakene hadde medisinsk personell eller rettspsykiatrisk sakkyndige vurdert mor til å ha én eller flere personlighetsforstyrrelser, der emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline) var den mest vanlige. En del av mødrene i utvalget (N=7) fortalte selv om seksuelle overgrep i barndommen.

Forskningen peker også på at mange utøvere av medisinsk barnemishandling har en historie med å påføre seg selv symptomer eller late som de har en sykdom for å få oppmerksomhet – også kjent som ”Munchausen syndrom”.¹⁰⁰ I minst 3 av straffesakene i utvalget hadde mor overdrevet eller påført seg selv symptomer og sykdom i forkant eller parallelt med mishandlingen av barnet. Når denne formen for oppmerksomhet ikke lenger gir ønsket effekt, ser man i flere tilfeller en mistanke om at atferden «eskalerer» til å omfatte barnet. For noen begynner det med et sykt barn, og etter hvert rettes fokuset tilbake mot dem selv, særlig etter samlivsbrudd eller når de blir konfrontert av helsepersonell.

” Etter at hun [mor] fikk barn, har hun forandret seg til det positive. Før hun fikk barn sa hun veldig mye rart, som for eksempel at hennes mor og søster var død. Sånne ting sluttet hun å si etter at hun fikk barn.”¹⁰²

Også i samtale med mors fastlege ble det opplyst at moren så ut til å ha fått det «bedre» både fysisk og psykisk etter hun ble mor. Denne tilsynelatende «forbedringen» handlet ikke nødvendigvis om reell bedring hos mor, men er et eksempel på hvordan syklisk mønster i symptompåføring kan se ut i praksis.

Mange av mødrene viste også andre uvanlige trekk i måten de oppførte seg på. I flere saker kom det frem dramatiske episoder eller en historikk med ulike lovbrudd – alt fra små branntillop til svindel og gjeldsproblemer. Mange ble beskrevet som svært flinke til å lyve; de fant på små og store usannheter om både hverdagslige ting og mer alvorlige forhold. Ofte var det de nærmeste, eller fagpersoner som barnehageansatte og helsearbeidere, som til slutt la merke til løgnene.

Denne typen syklisk mønster er dokumentert i flere studier, og antyder en underliggende drivkraft knyttet til sosial bekreftelse, et overveldende ønske om sympati fra andre og avhengighet av både å lure helsevesenet og samtidig få omsorg og oppmerksomhet fra dem.¹⁰¹

I en eldre straffesak hvor en mor var mistenkt for medisinsk barnemishandling over tid, ble det gjort antakelser om at mor hadde hatt munchausen syndrom før hun fikk sitt første barn. Mor hadde stadig vekk ulike plager og sykdommer, og hun fortalte om store vanskeligheter i livet. I avhør av en person som stod mor nær, fortalte han om en utvikling han hadde observert:

7.6 Økonomiske gevinster

Et grunnleggende trekk hos personer som utøver medisinsk barnemishandling er et sterkt behov for anerkjennelse og oppmerksomhet, særlig fra helsevesenet. Motivene kan likevel være mer sammensatte. I straffesakene er det flere eksempler hvor handlingene syntes å ha flere parallelle mål, hvor økonomiske fordeler fremstår som et gjennomgående element.

Mange av mødrene i utvalget var arbeidsledige mens mishandlingen pågikk. Det er uklart om arbeidsledigheten kom først, eller om omfanget av sykdomsfremstillingene krevde at de var hjemme for å fylle en antatt ”pårørenderolle”. Uansett tyder mye på at en del av de hjemmeværende mødrene ikke hadde store økonomiske ressurser og derfor var avhengige av offentlige ytelser — noe som kan skape et utfordrende samspill mellom økonomiske gevinster og behov for å opprettholde sykdomsbildet.

⁹⁷ Yates & Bass, 2017.

⁹⁸ Yates & Bass, 2017.

⁹⁹ Karterud, 2024.

¹⁰⁰ Abdurrachid & Marques, 2020.

¹⁰¹ Bursch et. al, 2021.

¹⁰² Oslo tingrett, 03-05470M/34, sitat hentet fra avhør.

I tillegg ser vi konkrete tilfeller av forsikringssvindel og bedrageri, både knyttet til utøveren og barna. Gjennomgangen av straffesakene viser at økonomiske gevinster, kombinert med behovet for oppmerksomhet og kontroll, kan forsterke og være gjensidig avhengige av hverandre og slik bidra til at mishandlingen fortsetter over lang tid.

I en av straffesakene ga mor uriktige opplysninger om flere av sine fødte og ufødte barn. Denne informasjonen ga grunnlag for økonomiske stønader fra NAV. Hun fikk store forsikringsutbetalinger knyttet til de antatte sykdommene til barna. I løpet av en ettårsperiode fikk hun utbetalt nær 800 000 kroner.

7.7 Forholdet til helsepersonell

Helsepersonell er sentrale aktører i møte med medisinsk barnemishandling, og har ofte omfattende kontakt med både barna og deres omsorgspersoner. Populærkulturelle fremstillinger av münchausen by proxy har ofte fremstilt mødre som sjarmerende, tillitsvekkende og omsorgsfulle personer. Narrativet har vært at disse kvinnene klarer å fremstille seg selv i et gunstig lys og lykkes i å villedde helsevesenet og unngå å bli avslørt.

Avhør av helsepersonell i de 17 straffesakene som inngår i denne rapporten, tegner imidlertid et mer sammensatt bilde av forholdet og kontakten mellom helsepersonell og utøvere. Selv om mødre i noen saker fremstod som tillitsvekkende og omsorgsfulle, er det også tegn til det motsatte i flere av sakene. I noen saker ble foreldrene beskrevet som autoritære, grenseløse, litt for nære og til å oppføre seg mot helsepersonell som om de var kollegaer istedenfor pårørende.

I andre saker fortalte behandlende overleger, sykepleiere og annet sykehuspersonell om mødre som var kvasse i kommunikasjonen, som viste aggressiv atferd, som var opponerende og lite samarbeidsvillige. Dette

synes særlig å være tilfellet i saker der mødre opplevde seg konfrontert av helsepersonell, og i noen saker er det beskrevet store utfordringer med å samarbeide med foreldrene for å kunne gi barna den beste helsehjelpen. I to saker er det beskrivelser av tilsvarende oppførsel også mot barnevernet.

Straffesakene viser også tegn til at mødre kan variere oppførselen sin etter hvilket helsepersonell de er i kontakt med. Som nevnt tidligere har samtlige mødre i vårt utvalg rapportert om psykiske helseplager. Noen av disse mødre gikk jevnlig til psykolog både før og underveis i etterforskningen av mistanken om medisinsk barnemishandling, og i noen av disse tilfellene syntes mødre å finne allierte i psykologene. I en sak sendte mors psykolog brev til politiet ved flere anledninger og ba om en varsom behandling av hennes pasient, på grunn av mors historikk og den store psykiske påkjenningen det var for mor å bli mistenkt og å være i avhør. I et annet tilfelle var psykologen avvisende til medisinsk helsepersonells mistanke, og begrunnet dette med god kontakt med mor og opplevd samarbeidsvilje, og et par psykologer mente i stedet at oppførselen til mor kunne begrunnes med sterk angst og bekymring knyttet til barnets sykehistorikk.

Selv om grensegangen mellom helseangst for eget barn og medisinsk barnemishandling noen ganger kan ligne på hverandre i uttrykk, er det viktig å være oppmerksom på de mulige konsekvensene av at foreldrene oppfører seg ulikt mot helsepersonell. Dels fordi fagpersoner kan settes opp mot hverandre, og dels fordi psykologer kan brukes av foreldrene for å opprettholde en ond sirkel der mor finner styrke i støtten og samtidig får anerkjennelse og oppmerksomhet fra psykologen.

7.8 Utfordringene med å avdekke medisinsk barnemishandling

Medisinsk barnemishandling er vanskelig å avdekke, og helsepersonell står ovenfor flere utfordringer. For det første fordi sykdomsbildet til barnet etter hvert blir så omfattende, noe som gjør at det blir vanskelig å få oversikt og forståelse over hva det er som faktisk foregår. I de aller fleste saker har barnet gjerne vært i undersøkelse hos eller i kontakt med helsespesialister flere titalls ganger i løpet av et år. De kan ha fått hjelp både hos offentlig helseinstitusjoner rundt omkring i landet, men også hos private aktører. Noen ganger har foreldrene reist til utlandet for å få konsultasjoner eller

behandlinger for sykdommer og plager de uttrykker at norske leger ikke er kompetente nok til å håndtere.

Denne formen for ”legeshopping” utfordrer legenes mulighet til å avdekke mishandlingen. Behandlende lege har ikke nødvendigvis hele helsejournalen til barnet, og blir slik avhengig av å stole på foreldrenes forklaringer av både sykdomsbildet til barnet, og til kollegaens diagnostisering og behandlingsanbefaling. Dessuten er barna typisk små og ikke i stand til å selv uttrykke sine symptomer og plager, noe som igjen gjør at helsepersonell må stole på informasjonen de får av foreldrene. En lege forklarte det slik i avhør:

” [Jeg] fikk mistanke om at familien ”shoppet leger” og at konklusjonen ble mer bestemt av familien enn av legene. Hvis man forteller en historie og overdriver symptomene kan et barn få all verdens behandling som det egentlig ikke har behov for. Dette kan barnet ta skade av og det kan være smertefullt. ”

Denne formen for legeshopping kan bidra til oppløsning av ansvar hos helsepersonell og slik muliggjøre for at mishandlingen pågår over lang tid.

Grensegangen mellom sykdomsangst og medisinsk barnemishandling kan i noen tilfeller gjøre det vanskelig å avdekke. Alle foreldre kan bli bekymret når barnet sitt utvikler plager og symptomer og grensen mellom dette og en forelder som lyver om eller intensjonelt påfører sykdom er nesten uten unntak krevende å vurdere for fagfolk. Særlig gjelder dette når deler av barnets plager er reelle, og – som tidligere påpekt – når fagfolk har sprikende vurderinger av mors atferd. Slike forhold kan utløse konflikter og gjøre situasjonen enda mer uoversiktlig.

I avhør og saksdokumenter er det tegn til at erfarne

fagfolk i helsevesenet synes å ha vanskeligheter med å forstå og behandle medisinsk barnemishandling som vold. I flere tilfeller er det tegn til at medisinsk personell ser på denne formen for mishandlingen som et helseanliggende eller som en barnevernsfaglig problemstilling. I en sak for eksempel, sa behandlende lege i avhør at hun antakelig ikke ville varslet til politiet hadde det ikke vært for at hun også hadde behandlet et søsken av fornærmede som presenterte med lignende symptomer og som senere døde. I en annen sak hadde overlegen i over ett år mistenkt særlig mor for å påføre barnet symptomer før han meldte sin bekymring til barnevernet. Legen hadde antatt at dersom det var grunner til å melde til politiet, så hadde barnevernet gjort det, og han ventet derfor med å varsle politiet til han på ny møtte fornærmede med stadig nye symptomer.

Figur 15: Vanlige faresignaler ved mistanke om medisinsk barnemishandling¹⁰³

PRIMÆRE
• Helsepersonell får en opplevelse av at «det er noe som ikke stemmer». • Selv erfarent helsepersonell opplever at saken ikke ligner tidligere tilfeller. • Anamnese og statusfunn er ikke forenlige. • Laboratoriefunn viser uvanlige, uventede eller urimelige resultater. • Sykdomsforløp og symptomer samsvarer ikke med forventet utvikling. • Barnet responderer ikke på behandling slik man normalt vil forvente. • Barnets symptomer bedres eller forsvinner når forelderene ikke er til stede.
SEKUNDÆRE
• Forelderene opptrer overfor barnet, helsepersonell eller andre pasienter på en måte som virker avvikende og skaper oppmerksomhet. • Forelderene fremstår uforholdsmessig rolig i møte med barnets sykdomsbilde. • Forelderene oppmuntrer til inngripende undersøkelser eller utredninger. • Familieanamnese inneholder uvanlige opplysninger som vekker spørsmål. • Forelderene eller søsken har en uvanlig eller avvikende sykdomshistorikk, og/eller symptomer og sykdomsbilde som ligner det aktuelle barnets. • Forelderene holder seg kontinuerlig nær barnet og forlater ikke avdelingen. • Forelderene ser ut til å kunne forutse forverringer eller uventede reaksjoner hos barnet. • Forelderene fremstår med et sterkt behov for ros eller bekreftelse for sin innsats som forelder.

103 Oversatt og gjengitt etter «Varningssignaler som bör väcka frågan om BGFS» i Lundin, 2022 s. 112.

Kapittel 8

Bedre beskyttelse av barn og rettssikkerhet i saker som gjelder alvorlig vold mot barn

Vold mot små barn utgjør et alvorlig samfunnsproblem. Når små barn utsettes for vold, kan det gripe inn i hele deres videre livsløp. Det påvirker ikke bare helsen deres i øyeblikket, men også hvordan barnet senere fungerer i hverdagen – i møte med skolen, venner og eget følelsesliv. Evnen til å lære, utvikle språk, regulere følelser og tåle stress kan bli varig svekket. Barn som er utsatt for vold kan også selv utvikle voldelig atferd. Dersom volden i tillegg kommer fra de barnet er mest avhengig av – foreldre eller andre nære omsorgspersoner – kan skadevirkningene bli særlig store og sammensatte.

Det overordnede budskapet i rapporten til alle som møter barn i sitt arbeid eller privat, er:

Du må være åpen for muligheten for at vold kan ligge bak når noe ikke stemmer med et barn. For å kunne se eller avdekke vold mot barn, må du våge å tenke at barn kan utsettes for vold av sine nærmeste omsorgspersoner.

Hvis barn har skader som vanskelig lar seg forklare, kontakt politiet.

Tidlig avdekking og intervensjon er helt avgjørende. Tidlige medisinske undersøkelser og etterforskning øker sjansen for at barnet får riktig helsehjelp og oppfølging, og at skadevirkningene begrenses. Det kan også være dette som hindrer at barnet blir utsatt for ny vold i fremtiden.

Kripos’ forrige rapport påpekte både mangelen på grundig fenomenkunnskap og behovet for virkningsfulle forebyggingsstrategier mot vold mot barn. Årets rapport bekrefter dette behovet. Funnene peker i tillegg på et behov for å styrke barns beskyttelse og rettssikkerhet i saker om alvorlig vold.

8.1 Kompetansehevende tiltak

Vold og grov omsorgssvikt er ofte skjult og skjer i barnets hjem. Uten tilstrekkelig kompetanse hos de som jobber med eller omgås små barn, kan indikasjonene på vold bli oversett eller oppdaget for sent. I arbeidet med alvorlig vold mot små barn, bør målet derfor være at alle som møter og jobber med barn har en felles forståelse av:

- De fysiske og psykiske kjennetegnene på vold mot barn
- De ulike risikofaktorene knyttet til familier som er særlig utsatte
- Hvilke konsekvenser vold har for barna og familiene det gjelder

Kripos har ved flere anledninger løftet frem hvor viktig det er med kompetansefremmende tiltak på tvers av etater. Den foregående rapporten om alvorlig vold mot små barn fra 2019, sammen med denne rapporten, er begge forsøk på å tilføre og styrke kompetansen på og arbeidet med vold mot små barn. I tillegg har Politihøgskolens opprettelse av etter- og videreutdanning i etterforskning av alvorlig vold mot barn bidratt til å heve kvaliteten og til å utvikle fagområdet.

Kripos oppfordrer videre til kompetanseoverførende aktivitet mellom samarbeidende aktører. Selv om det er blitt gjort flere fremskritt på feltet, fremheves mangel på kunnskap fortsatt som en utfordring for ulike etater. Av Barnevernsbarometeret for 2025, for eksempel, fremgår det at det er en nedgang i barnevernsinitierte tiltak rettet mot små barn. Barnevernsledere er bekymret for barn under tre år, og opplever at de mangler mengdetrening for denne aldersgruppen, savner ansatte med særlig kompetanse på området og de opplever at det er mangel på tilstrekkelig metodikk for utredning og veiledning. Selv om flere kommuner har gjort fremskritt i ressursbruk og spesialisering, utgjør manglende kompetanse og mengdetrening en utfordring i barnevernstjenestenes arbeid med avdekking og forebygging av vold mot spe- og småbarn.¹⁰⁴

8.1.2 Kunnskap og felles forståelse av hva grov omsorgssvikt innebærer

En del av sakene i denne rapporten med lengre varslingstid var kjennetegnet av komplekse forhold der fornærmede – og i noen tilfeller eldre søsken – over tid har hatt uforklarlige sår, merker, symptomer eller andre tegn på at barnet ikke har det bra. Det har gjerne vært flere kontakter med barnevernet, helsetjenestene eller politiet. Bekymringer kan ha rettet seg mot foreldrenes omsorgsevne, rusbruk eller konfliktnivå. Håndteringen av disse sakene taler for at det er behov for økt kunnskap og forståelse av hva *grov omsorgssvikt* innebærer, og hvor terskelen går for å varsle politiet.

De mest aktuelle bestemmelsene i straffeloven som kan ramme omsorgssvikt er forbudet mot å hensette noen i hjelpeløs tilstand¹⁰⁵ og mishandlingsbestemmelsen¹⁰⁶, som rammer den som alvorlig eller gjen tatt mishandler noen i sin omsorg ved trusler, tvang,

frihetsberøvelse vold eller *andre krenkelser*¹⁰⁷. I følge Justis- og beredskapsdepartementet vil omsorgssvikt ofte kunne være straffbart etter straffelovens mishandlingsbestemmelse og dermed utløse avvergingsplikt etter straffelovens § 196.¹⁰⁸ Enkelte av sakene i denne rapporten gir grunn til å stille spørsmål ved om hjelpeinstansene er omforente i sin forståelse av en slik veiledning.

Fra dagens lovverk og ved gjennomgang av sakene i denne rapporten, synes det uklart både når fagpersoner skal varsle politiet om mulig omsorgssvikt og hva slags typer alvorlig omsorgssvikt som kan være straffbart. Følgende eksempler er ment å illustrere typiske saker:

- Indikasjoner på at et spedbarn er alene om natten mens foreldre ruser seg
- Tegn på at en forelder er hardhendt med et barn på under ett år med bakgrunn i en manglende erkjennelse av små barns sårbarhet, også etter veiledning fra barnevernet
- Mistanke om at en forelder aktivt unndrar barnet næring og forteller helsepersonell om symptomer som kanskje ikke er reelle (mulig medisinsk barnemishandling, se kapittel 7)

Skal politiet varsles i slike tilfeller? Og dersom politiet ikke har blitt varslet, men barnet får et brudd i en arm, en livstruende tilstand, eller dør, skal politiet varsles og saken etterforskes da? Sakene som har blitt gjennomgått i denne rapporten tyder på at ulike fagfolk og ulike instanser vil ha ganske ulike svar på disse spørsmålene. Videre tyder sakene med mistanke om medisinsk barnemishandling på at dette er en type omsorgssvikt som helsepersonell og andre hjelpeinstanser ofte forholder seg til som noe som ikke vedrører politiet.

Det er behov for mer kunnskap om alvorlig omsorgssvikt, herunder medisinsk barnemishandling. Videre er det ut fra lovverk og retningslinjer utydelig hva alvorlig omsorgssvikt kan innebære og når slike tilfeller bør etterforskes av politiet. Dette er komplekse fenomen hvor veiledning med konkrete eksempler kan bidra til mer felles forståelse mellom samarbeidende instanser. Trolig bør jurister og praktikere fra ulike hjelpetjenester og politiet sammen utvikle felles begreper og veiledning.

8.2 Samarbeidsfremmende tiltak

Avdekking og forebygging av alvorlig vold mot små barn krever nære og tverrfaglige samarbeidslinjer mellom politiet, helsevesenet og barnevernet. Kompetanseoverføring og god kommunikasjon mellom etatene er enkle og effektive grep for å styrke samarbeidet.

Imidlertid er en utfordring for samarbeid mellom etatene at de styres og drives av ulike og til tider konkurrerende lovverk. En litteraturstudie gjennomført ved NTNU om barnevernets arbeid med vold og seksuelle overgrep minner om at det som kan fremstå som manglende kompetanse eller metodikk hos offentlige etater – slik som barnevernet – i realiteten kan dreie seg om usikkerhet og bekymring i komplekse og alvorlige saker.¹⁰⁹ I denne rapporten har vi særlig sett tegn til usikkerhet knyttet til forståelse og vurderinger av varsling, avvergingsplikt og taushetsplikt. Å senke terskelen for at helsepersonell, barnevern og barnehageansatte melder om mistanke om vold i hjemmet er et essensielt tiltak for å fremme samarbeid og effektiv forebygging.

8.2.1 Det må være enklere for ansatte i offentlige tjenester å varsle politiet

Riksadvokaten presiserer at den innledende fasen av en etterforskning er viktig, og at det kan være

avgjørende for om en sak oppklares at det raskt foretas undersøkelser for å sikre spor.¹¹⁰ Dette gjør seg særlig gjeldende i barnevoldssakene. De små barna kan ikke selv fortelle hva som har skjedd, skadehelsen skjer typisk innenfor husets fire vegger og tilhelingsprosessen foregår raskere enn hos voksne. Alt dette gjør at bevis kan gå tapt. Jo sikrere svar en etterforskning kan gi om hva som har skjedd, jo bedre forutsetninger får ulike etater for å vurdere behovet for å beskytte barnet og søsken i fremtiden.

Kapittel 4 presenterte varslingsprosessen i saker med mistanke om vold mot barn. Nesten syv av ti saker med alvorlig vold mot barn ble varslet til politiet innen 24 timer. Denne besluttsomheten i helsetjenestene og barnevernet førte til rask iverksetting av tidskritiske etterforskningsskritt, som åstedsundersøkelse, fotografering av skader og prioriterte avhør.

Samtidig viste gjennomgangen en tilsynelatende vilkårlighet i varslingsprosessen: Sakene hvor helsepersonell varsler *kun* barnevernet synes å være like alvorlige som mange av sakene hvor helsepersonell varsler politiet direkte, både med hensyn til barnets skader; samt risiko- og sårbarhetsfaktorer i familien. Det samme gjelder for barnevernets avgjørelse om varsling: Det er vanskelig å se forskjell på sakene med rask eller sen varsling fra barnevernet til politiet. Dette fører trolig til store forskjeller i hvor gode svar politiets etterforskning kan gi om hvorvidt det har skjedd vold og i så fall hvem som har begått volden.

Siden forrige barnevoldsrapport har det også kommet forskning fra norske sykehus som tyder på at det er mange saker hvor helsepersonell mistenker alvorlig vold mot små barn uten at barnevernet eller politiet blir varslet, og at terskelen for varsling til barnevernet er lavere enn for varsling til politiet.¹¹¹

¹⁰⁴ Ekhaugen & Hegestøl, 2025.

¹⁰⁵ Strl. § 288 som med fengsel inntil 3 år blant annet rammer den som "unnlater å gi hjelp til noen i hjelpeløs tilstand som vedkommende har en plikt til å dra omsorg for".

¹⁰⁶ Straffeloven, 2005, § 282.

¹⁰⁷ Andre krenkelser" er her ment å videreføre det som i en tidligere utgave av tilsvarende lovbestemmelse het "vanrøgt", som omfattet "mangel på grunnleggende livsnødvendigheter, samt manglende stell og pleie hvor dette er nødvendig". Se Det kongelige justis- og politidepartement. 2005. Ot.prp. nr. 113 (2004-2005), samt Det kongelige justis- og politidepartement. 2008. (Ot.prp. nr 22 (2008-2009).

¹⁰⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, 2023.

¹⁰⁹ Kojan et al., 2020.

¹¹⁰ Riksadvokaten, 2018.

¹¹¹ Vollmer-Sandholm et al., 2024.

Samlet tegner dette et bilde av at varslingsprosessen i de alvorligste sakene med mistanke om vold mot små barn ikke fungerer godt nok. Det er kun politiet som har mandat, kompetanse og metoder til å etterforske spørsmålet om det har skjedd vold mot et lite barn. Det er vanskelig å se for seg en alvorlig skade på et barn som er bekymringsfull nok til å varsle barnevernet, men hvor det ikke er behov for å etterforske hva som har skjedd. En varsling kun til barnevernet kan dermed i realiteten innebære å ilegge barnevernet ansvar for å undersøke spørsmål som kun en etterforskning kan gi svar på. Konsekvensen blir en forsinket iverksetting av politiets etterforskning i en sakstype som har svært høy prioritet i politiet. Det reduserer mulighetene for klare svar og god beskyttelse av fornærmede og søsken mot framtidig vold.

Kripos har tidligere pekt på at usikkerhet rundt forholdet mellom taushetsplikt og varslings- og avvergeplikten kan gjøre at personer som jobber i helse-tjenesten, barnevernet eller barnehager, vegrer seg for å melde fra om mistanke om vold mot barn.¹¹² Terskelen for helsepersonells varsling til politiet i en uavklart situasjon med en mistenkelig skade på et barn, fremstår uklar. Og avvergeplikten etter straffelovens § 196, som skal fortelle både fagfolk og enhver om når de skal varsle, er en komplisert bestemmelse, som ikke bare stiller krav til å vurdere hvor sannsynlig det er at noe skal skje i fremtiden, men også pålegger en vurdering av hvilket straffebud som vil ramme det som kan skje i fremtiden.

” Selv for trenede jurister fremstår straffeloven § 196 som en teksttung bestemmelse, som er krevende å sette seg inn i. Loven krever i prinsippet at avvergeren søker å vurdere om en handling som ikke ennå er begått, vil rammes av bestemte straffebud (i tillegg til å vurdere om handlingen «mest sannsynlig» vil bli begått). I tillegg inntre avvergingsplikten (og dermed i prinsippet fritak fra taushetsplikt) for en del lovbrudd bare når overtredelsen er av kvalifisert art.”¹¹³

Med andre ord: Hvis legen tror at et barn kan bli utsatt for grov kroppsskade har hun avvergingsplikt. Hvis hun derimot tror at et barn kan bli utsatt for kroppsskade, har hun det ikke. Dette gir lite mening og vår erfaring er at mange ansatte i hjelpeapparatet synes avvergeplikten er vanskelig å forholde seg til. Dette finner støtte i ny norsk forskning på fagfolks kjennskap til avvergeplikten.¹¹⁴

Det er vanskelig å forutsi hva noen vil gjøre i fremtiden. Med et krav om sannsynlighetsovervekt for vold av høy alvorlighet i fremtiden for at avvergeplikten skal inntre, vil nok mange fagfolk spørre seg hva konkret man vet om hvorvidt vold av en spesifikk alvorlighet vil skje igjen. Særlig ettersom man jo ikke en gang er sikker på om vold har skjedd nå. For å bli sikker på det, kreves en etterforskning.

Av regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep fra 2024 fremkom det at man skulle utrede behovet for en lovendring som gir nærmere angitte grupper varslingsplikt til politiet i tilfeller der det er grunn til å tro at et barn blir, eller vil bli, mishandlet. Etter Kripos' syn burde avvergeplikten og de plikter ansatte i offentlige tjenester har til å varsle, være enklere å forholde seg til enn i dag. Om man mistenker at et barn er utsatt for vold nå, burde man ikke trenge å vurdere hvilket straffebud som kan tenkes å ramme ny vold i fremtiden. Videre bør man ikke trenge å begrunne at det er over 50 % sannsynlig at ny vold vil skje i fremtiden. En kommende doktorgradsavhandling drøfter samme problemstilling i saker som gjelder partnervold og foreslår et lavere

beviskrav og en avvergepliktsbestemmelse som ikke stiller krav om å vurdere hvilke straffebud som kan ramme framtidig vold. Videre foreslås en likelydende bestemmelse i spesiallovgivningen for de enkelte sektorer/profesjoner.¹¹⁵ Barnas havarikommisjon har foreslått en opplysningsplikt i helsepersonelloven ved mistenkelige skader på barn, uten noe krav til vurdering av sannsynlighet for framtidig vold.¹¹⁶

I tillegg til endringer av avvergeplikten bør juridisk veiledning om varslingsplikt og varslingsrett suppleres med praktiske eksempler tilpasset helsepersonell og andre profesjonelles språk og faglige hverdag. Eksempler på når det foreligger en varslingsplikt, kan være til god hjelp ved vurdering av liknende saker.

” Er man i tvil, går det også an å kontakte politiet og gi anonymiserte opplysninger. Ber politiet da om at varsleren identifiserer hvem saken gjelder, må han eller hun trygt kunne gi disse opplysningene.”¹¹⁷

Til sist minner vi om mulighet til å drøfte anonymiserte opplysninger med politiet før varsling. En slik drøfting som resulterer i en tilbakemelding fra politiet om at det er nødvendig å etterforske et mulig straffbart forhold, gir trygghet om at avvergeplikten har inntrådt.

8.3 Forebyggende tiltak

Kapittel 4 og 6 i denne rapporten viste at en betydelig andel av foreldrene i sakene kjennetegnes av mange eller alvorlige risiko- og sårbarhetsfaktorer. Mange av foreldrene i straffesaksutvalget hadde eksempelvis omfattende voldshistorikk, pågående rusavhengighet eller slet med personlighetsforstyrrelser

eller andre alvorlige psykiske lidelser. Noen foreldre hadde selv vært utsatt for vold eller overgrep og noen hadde nylige tilfeller med selvskading eller selvmordsforsøk. En god del av disse foreldrene hadde flere av disse alvorlige risikofaktorene samtidig.

Et annet fellestrekk for disse foreldrene var at mange av dem allerede var kjent for ulike offentlige etater, for eksempel ved at de hadde hatt ekstra oppfølging fra helsestasjonen, hadde saker hos politiet eller gjentatte bekymringsmeldinger og tiltak fra barnevernet. Funnene fra denne rapporten understreker viktigheten av å jobbe målrettet og systematisk med denne gruppen av særlig sårbare familier.

112 Høringssvar – NOU 2017: 12 Svikt og svik (datert 1.12.2017, Kripos' ref. nr. 201701871).

113 Politi hogskolen, 2024.

114 Linge et al., 2025.

115 Ørum (2026, under publisering). Forslaget lyder: "Den som har grunn til å frykte at en person vil begå alvorlig forbrytelse mot menneskers liv, helse, velferd og integritet, plikter å gjøre det som står i sin makt for å avverge lovbruddet eller dets følger, gjennom anmeldelse eller på annen måte. Plikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt."

116 Stine Sofies stiftelse, i samarbeid med advokatfirmaet Wikborg Rein, 2025. Forslaget lyder: "Legen skal underrette politiet dersom det er grunn til å tro at alvorlige skader på barn under fire år ikke er naturlige."

117 Holmboe, et al., 2019

8.3.1 Kunnskapsbaserte tiltak

Forebygging ovenfor familier med sammensatte og komplekse risikofaktorer krever helhetlige, tverrfaglige og kunnskapsbaserte tiltak.

Et viktig ledd i det forebyggende arbeidet er at det må være en felles forståelse mellom hjelpeinstansene om hva som utgjør risiko- og sårbarhet, og hvordan man sammen kan jobbe for å fange opp utsatte familier. En evaluering av politiets risikovurderings-verktøy for å forebygge partnervold og æresrelatert vold viste at det ikke stilles krav til risikovurdering av saker som gjelder foreldre som utøver vold mot egne barn. Slike krav stilles derimot i saker som gjelder partnervold og æresvold. Evalueringen, som ble gitt i oppdrag av Politidirektoratet stilte spørsmål ved om dette kan resultere i for lav prioritering av det forebyggende arbeidet i saker der barna, men ikke partner, kan være utsatt for vold.¹¹⁸ Gråsonene i disse sakene og tvilen som kommer frem knyttet til det å varsle, taler for at også utvikling av risikovurdering og risikohåndtering med fokus på barnet bør ta inn over seg kompleksiteten i sakene med alvorlig omsorgssvikt. Saksgjennomgangen gir grunn til å tro at også andre hjelpeinstanser kan ha behov for systematiske måter å vurdere risiko og sårbarhet hos småbarnsfamilier der barn har skader og symptomer som er vanskelige å forklare, eller der søsken eller en forelder gir uttrykk for å leve i truende eller voldelige omstendigheter.

Felles språk og risikoforståelse mellom ulike hjelpeinstanser om risiko og sårbarhet vil trolig også bidra til bedre avdekking og forebygging også på dette området.

Videre har barnevernsutvalget pekt på at familier med komplekse risikofaktorer ofte mottar mange, kortvarige og lite koordinerte tiltak, som ikke reelt bedrer barnas situasjon. For å forebygge vold og

andre alvorlige overgrep anbefaler derfor utvalget en tydelig dreining mot helhetlige, tverrfaglige og langvarige forløp. Forslaget er at barnevern, helse-tjenester, NAV, skole og andre samfunnsaktører bør jobbe mot et felles mål når det gjelder disse familiene, og ha én aktør med klart ansvar for å koordinere innsatsen. Å ha en tydelig koordineringsfunksjon i tverrfaglige innsatser blir løftet frem som nødvendig for å unngå at familiene ”faller mellom stoler”.¹¹⁹

Barnevernsutvalget fremhever også tidlig innsats i svangerskapet som særlig avgjørende i forebyggingen av vold og alvorlig omsorgssvikt mot de yngste barna. Både barnevernsutvalgets saksgjennomgang og funn fra denne rapporten peker på at selv om mange av foreldrene har kjente risikofaktorer også allerede under graviditeten, som rus og psykiske helseproblemer, egne barnevernserfaringer, opplevd vold i nære relasjoner og en kaotisk livssituasjon, utløser ikke denne kunnskapen alltid tilstrekkelig samordnet oppfølging. Barnevernsutvalget foreslår derfor at en måte å forebygge dette er ved å styrke identifisering og en mer systematisk oppfølging av utsatte gravide. Kunnskapsbaserte programmer som gjennom forskning har vist seg effektive, slik som *Sammen på vei* (engelsk: Nurse Family Partnership) der utsatte førstegangsgravide følges tett fra svangerskap til barnet har fylt to år, er gode eksempler på tiltak som bør fortsettes og oppskaleres.

I Kripos’ forrige rapport om alvorlig vold mot små barn løftet vi frem viktigheten av helsestasjonenes jevnlige kontakt med små barn og småbarnsfamilier når det gjelder avdekking, deling av informasjon og forebygging. Årets rapport bekrefter igjen den viktige rollen til helsestasjonene i dette arbeidet. De tre sakene som ble varslet fra helsestasjonen i denne rapporten viste seg å ha alvorlige skader og varslingene førte til omfattende etterforskning, mistanke om vold mot søsken og tiltak fra barnevernet. Systematisk

oppfølging av de som unnlater å møte til planlagte kontroller, kompetanse om risiko og sårbarhet og gode rutiner for varsling fremstår viktig i dette arbeidet.

8.4 Etterforskning og rettsvern

8.4.1 Sikrere svar i saker med barnedødsfall

Ved utvelgelse av saker til gjennomgang av denne rapporten, gjennomgikk vi flere saker kodet som mistenkelig dødsfall som gjaldt uventet spedbarnsdød. Sakene ble ekskludert fra rapportens utvalg ettersom det gjaldt dødsfall der man ikke fant noen klar dødsårsak etter obduksjon.¹²⁰ Videre var det, blant sakene som ble inkludert i rapportens utvalg, tre saker med barnedødsfall hvor barnet ikke hadde fysiske skader, men hvor funn på åstedet og/eller ved obduksjon medførte at politiet etterforsket sakene som uaktsom forvoldelse av død. I kapittelet om medisinsk barne-mishandling så vi at det forekommer saker der mor mistenkes for gjentatte ganger å sperre et lite barns luftveier. I noen få tilfeller der barn dør plutselig og uventet, kan straffbare handlinger ha forårsaket døds-fallet. Hvorvidt straffbare handlinger ligger bak barns dødsfall, kan imidlertid være krevende å avdekke.

Dersom det ikke foreligger mistanke om straffbart forhold, er undersøkelse av et barns dødssted etter dagens regelverk avhengig av de pårørendes samtykke. I en fersk doktorgradsavhandling¹²¹ er det undersøkt regler og rutiner hos politi og helsevesen ved uventede dødsfall hos små barn. Avhandlingen viste at det er en uklar ansvarsfordeling mellom politi og helsetjenestene og betydelig variasjon mellom politidistriktene, helseforetakene og fagpersoner når det gjelder når og hvordan dødsstedet undersøkes, hvem som deltar på dette og hvordan samarbeidet mellom politi og helse fungerer.

Avhandlingen konkluderte med at barnas rettsvern fremstår svakere i de tilfellene hvor dødsstedet

ikke undersøkes og anbefalte at en undersøkelse av dødsstedet skulle bli obligatorisk og inngå i politiets etterforskningsplikt. Regjeringen har fått i oppgave å gjennomgå reglene for dødsstedsundersøkelse og vurdere behovet for lovendringer. Et slikt arbeid kan lede til endringer i dagens frivillige tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

8.4.2 Bistandsadvokat til avdøde barn

Bistandsadvokaten spiller en viktig rolle i å ivareta fornærmedes interesser under etterforskning og domstolsbehandling av straffesaker. Dagens lovverk gir etterlatte rett til bistandsadvokat når et barn under 18 år dør som følge av en straffbar handling.¹²² I saksmaterialet ser vi eksempler på saker der foreldre har vært siktet og det avdøde barnet ikke har fått oppnevnt bistandsadvokat.

Ordningen med bistandsadvokat til etterlatte fungerer som tilsiktet når foreldrene ikke er involvert i den handlingen som etterforskes. En arbeidsgruppe nedsatt av Justis- og beredskapsdepartementet påpekte imidlertid at gjeldende regelverk ikke i tilstrekkelig grad tar høyde for tilfeller der foreldre er siktet for å ha forvoldt barnets død, eller der begge foreldre av andre grunner er inhabile. Gruppen vurderte dette som en utfordring for barnets rettsstilling i etterforskningen og foreslo at avdøde barn bør gis en selvstendig rett til bistandsadvokat, uavhengig av foreldrenes status. Forslaget var begrunnet i behovet for å sikre barnets rettsstilling i alvorlige straffesaker.¹²³

Kripos har i tidligere høringsuttalelser¹²⁴ redegjort for vårt syn om at foreldrene normalt vil være inhabile i tilfeller der en eller begge foreldrene er mistenkt eller siktet for vold mot eget avdøde barn. Kripos’ erfaring er at det i enkelte tilfeller oppnevnes bistandsadvokat for døde barn, men at dette varierer fra sak til sak og fremstår noe tilfeldig. Barn som er døde etter et mulig straffbart forhold, bør har rett til bistandsadvokat.

118 Pedersen et al., 2025
119 NOU 2023: 7

120 39 saker, se kapittel 2.
121 Bøylestad, 2026.
122 jf. straffeprosessloven §§ 107a–107c.
123 Arbeidsgruppen nedsatt av Justis- og beredskapsdepartementet (2019), Rapport om saksflyt i saker om vold og seksuelle overgrep mot barn.
124 Kripos. (2019). Høringssvar til rapport med forslag til tiltak for effektivisering av saksflyt i saker som gjelder overgrep mot barn. Politidirektoratet.



8.4.3 Etterforskning i saker som gjelder medisinsk barnemishandling

Sakene om medisinsk barnemishandling har i denne rapporten vist at fenomenet bør behandles som en alvorlig voldshandling mot barn, med tilsvarende krav til etterforskning. Gjentatt legeshopping, fragmentert ansvar mellom mange behandlere og et uklart skille mellom legitim bekymring og mulig vold, gjør at situasjonen sjelden fremstår tydelig i enkelthendelser. Ofte blir alvor og mønster først synlig når barnets kontakt med helsevesenet gjennomgås samlet over tid. En slik helhetsvurdering forutsetter innhenting og systematisk sammenstilling av omfattende dokumentasjon, noe som i praksis krever politietterforskning. Mistanke om medisinsk barnemishandling bør derfor utløse varsling til politiet.

Sakene er ofte langvarige og komplekse, med gjentatte konsultasjoner, omfattende bruk av medisinsk terminologi og til dels intrikate faglige resonnementer. Mulige økonomiske motiver, som langvarige utbetalinger av offentlige ytelser, kan inngå som en del av bildet. For politiet innebærer dette at det mulige straffbare ikke knytter seg til en enkelt dramatisk hendelse, men til en rekke handlinger og beslutninger over tid. Etterforskningen bør derfor bygges rundt en grundig og analytisk kartlegging, blant annet gjennom tidslinjer som viser kontakt med helsetjenesten, sykdomsforløp og relevante vedtak og utbetalinger fra offentlige instanser. Grundig medisinsk dokumentasjon er helt avgjørende i dette arbeidet.

Referanser

Aakvaag, H. F., Thoresen, S. og Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge – definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M.-I. Hauge og J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Universitetsforlaget.

Aakvaag, H. F. og Strøm, I. F. (2019). Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport nr. 1 2019.

Abdurrachid, N., & Marques, J. G. (2022). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *Cns spectrums*, 27(1), 16-26.

Arbeidsgruppen nedsatt av Justis- og beredskapsdepartementet (2019): Rapport om saksflyt i saker om vold og seksuelle overgrep mot barn.

Barne- og familiedepartementet. (2023). Trygg barndom, sikker fremtid (NOU 2023:7). Hentet fra: <https://barnevernsutvalget.no/utvalgets-rapport/>

Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (NOU 2017:12). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>

Bilgin, A., Mendonca, M., & Wolke, D. (2018). Preterm birth/low birth weight and markers reflective of wealth in adulthood: a meta-analysis. *Pediatrics*, 142(1).

Bursch, B., Emerson, N. D., & Sanders, M. J. (2021). Evaluation and management of factitious disorder imposed on another. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 67–77.

Byard, R. W., Knight, D., James, R. A., & Gilbert, J. (1999). Murder-suicides involving children: a 29-year study. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 20(4), 323–327.

Bøylestad, L. (2026). Regler og rutiner hos politi og helsevesen ved uventede dødsfall hos små barn. En rettslig og empirisk undersøkelse, 98-100.

Capasso, E., Costanza, C., Roccella, M., Gallai, B., Sorrentino, M., & Carotenuto, M. (2025). When Care Becomes Abuse: A Forensic–Medical Perspective on Munchausen Syndrome by Proxy. *Pediatric Reports*, 17(3), 60.

Carter, M., & Cording, J. (2021). Factitious disorder imposed on another: Literature scan. Oranga Tamariki.

Choudhary, A. K., Servaes, S., Slovis, T. L., Palusci, V. J., Hedlund, G. L., Narang, S. K., ... & Christian, C. W. (2018). Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatric Radiology*, 48(8), 1048–1065.

Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M., & Skauge, A. D. (2023). Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. NKVTS rapport, 1, 2023.

Darling, J. C., Bamidis, P. D., Burberry, J., & Rudolf, M. C. (2020). The First Thousand Days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you?. Archives of disease in childhood, 105(9), 837-841.

Ducloyer, JB., Jossic, F., VAN Goethem, V et al.(2024). Fatal child abuse detected by systematic post-mortem fundus photograph in sudden death in infancy. Int J Legal Med 138, 1867–1872.

Ekhaugen, T. og Høgestøl, A. (2025). Resultater fra Barnevernsbarometeret 2025: Rapport fra spørreundersøkelse til ledere i det kommunale barnevernet og barnevernsinstitusjonene (Rapport 15:25). ideas2evidence & Vista Analyse.

Folkehelseinstituttet. (2023). Psykiske plager og lidelser hos voksne. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Galta, K., Olsen, S. L., & Wik, G. (2010). Murder followed by suicide: Norwegian data and international literature. Nordic journal of psychiatry, 64(6), 397–401.

Harden, B. J., Buhler, A., & Parra, L. J. (2016). Maltreatment in infancy: A developmental perspective on prevention and intervention. Trauma, Violence, & Abuse, 17(4), 366-386.

Holmboe, M., Leer-Salvesen, K., & Vatnar, S. K. B. (2019). Avverging av mishandling i nære relasjoner – en flerfaglig tilnærming. Del II. Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål, 17(3), 263-280.

Hornor G. (2021). Medical child abuse: Essentials for pediatric health care providers. Journal of Pediatric Health Care, 35(6), 644–650.

Jacob, L., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2019). Association between intelligence quotient and violence perpetration in the English general population. Psychological Medicine, 49(8), 1316-1323.

Jackson, J. E., Beres, A. L., Theodorou, C. M., Ugiliweneza, B., Boakye, M., & Nuño, M. (2021). Long-term impact of abusive head trauma in young children: outcomes at 5 and 11 years old. Journal of pediatric surgery, 56(12), 2318-2325.

Jernbro, C., Landberg, Å., & Thulin, J. (2023). Våld mot barn 2022: En nasjonal kartlegging. Jenny, C., & Metz, J. B. (2020). Medical child abuse and medical neglect. Pediatrics in review, 41(2), 49-60.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2021). *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen – en veileder*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/2f0aa4fc39004edba-35b8027fe80be16/veileder-om-taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt.pdf>

Karterud, S. (2024). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I Store norske leksikon. Hentet fra: https://sml.snl.no/emosjonelt_ustabil_personlighetsforstyrrelse

Keenan HT, Hooper SR, Wetherington CE, Nocera M, Runyan DK . Neurodevelopmental consequences of early traumatic brain injury in 3-year-old children. Pediatrics, 2009;119(3):23.

Kojan, B. H., Nilsen, M., Storhaug, A. S., Agerup, T., Clifford, G., & Lichtwarck, W. (2020). Barnevernets arbeid med barn og unge som har erfart vold og overgrep i nære relasjoner-en litteraturstudie. Rapportserie for sosialt arbeid, rapport nr. 3. ISSN 2535-32X

Kripos. (2017, 1.desember). Høringsvar til NOU 2017:12 Svikt og svik (Ref. 201701871).

Kripos. (2019). Alvorlig vold mot små barn.

Kripos. (2020). Drap og selvdrap. Når barn blir drept og gjerningspersonen begår selvdrap.

Kripos. (2021, 26. mars). Høringsuttalelse til veileder om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (Ref. 21/2777–14). Hentet fra: <https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter-strategier-og-horinger/kripos/horingssvar/horingsuttalelse---veileder-om-taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt.pdf>

Kristensen, P (2018). *Undersøkelse av dødsstedet ved plutselig og uventet barnedød. En evalueringsstudie*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport nr. 1 2018.

Legano, L. A., Desch, L. W., Messner, S. A., Idzerda, S., Flaherty, E. G., COUNCIL, O. C. A., ... & Yin, L. (2021). Maltreatment of children with disabilities. Pediatrics, 147(5).

Linge, A. D., Leer-Salvesen, K., Dahl, S. L., Thon Kristiansen, S. T., & Bø Vatnar, S. K. (2025). Awareness of mandatory reporting of intimate-partner violence: a thematic analysis of the perspectives of help-seeking victims and perpetrators and service providers in Norway. Journal of Family Violence, 1-16.

Logan, J. E., Walsh, S., Patel, N., & Hall, J. E. (2013). Homicide-followed-by-suicide incidents involving child victims. American journal of health behavior, 37(4), 531–542

Lundin, B. (2022). Att ska sitt barn. Ekström Garay.

Løvgren, M., Stefansen, K., Smette, I. og Mossige, S. (2017). Barn og unges utsatthet for fysisk vold fra foreldre. Endringer i mild og grov vold fra 2007 til 2015. Tidsskriftet Norges Barnevern, 94(02), 110–124.

Maguire, S., & Mann, M. (2013). Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—what have we learnt: an overview of review updates. Evidence-based child health: a Cochrane review journal, 8(2), 255-263.

Malmberg-Heimonen, I., Finne, J., Tøge, A. G., Pontoppidan, M., Dion, J., Tømmerås, T., & Pedersen, E. (2024). Interventions to reduce child maltreatment: a systematic review with a narrative synthesis. International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice, 7(4), 459-475.

Meadow, R. (1995). What is, and what is not, 'Munchausen syndrome by proxy'?. Archives of disease in childhood, 72(6), 534.

Milroy, C. M., og Kepron, C. (2017). Ten percent of SIDS cases are murder – or are they?. Academic forensic pathology, 7(2), 163-170.

Mossige, S. og Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA. Rapport 5/2016.

Myhre, M. (2010). Fysiske overgrep mot barn. I *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Kunnskaps-status*. (2011). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Narang, S. K., Haney, S., Duhaime, A. C., Martin, J., Binenbaum, G., de Alba Campomanes, A. G., ... & AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. (2025). Abusive head trauma in infants and children: technical report. *Pediatrics*, 155(3), e2024070457.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). (2018). Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. ”Konsekvenser av vold og overgrep”. Hentet fra: <https://vold sveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). (2023). Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. ”Fysiske tegn”. Hentet fra: <https://vold sveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/fysiske-tegn/>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. og Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 9(11).

Norsk helseinformatikk (NHI). (2022). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/emosjonelt-ustabil-personlighetsforstyrrelse>

Norsk helseinformatikk (NHI). (2023). Dyssosial personlighetsforstyrrelse. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/dyssosial-personlighetsforstyrrelse>

Nøkleby, H., Berg, R. C., Muller, A. E., & Ames, H. M. (2021). Barnemishandling under covid-19: en hurtig kartleggingsoversikt. *Nordisk velfærdsforskning | Nordic Welfare Research*, 6(1), 56-68.

Pedersen, A. S., Vinter, C., von Hanno, I. L., Holmdal, L. M., & Kjelsaas, I. (2025). Evaluering av politiets risikovurderings-verktøy for å forebygge partnervold og æresrelatert vold. *Menon Economics*.

Politidirektoratet. (2019, 17. september). Høringsuttalelse – Rapport med forslag til tiltak for effektivisering av saksflyt i saker om vold og seksuelle overgrep mot barn. Justis- og beredskapsdepartementet.

Politi hogskolen. (2024, 28. oktober). Høring – NOU 2024: 13 Lov og frihet – Negativ sosial kontroll, æresmotivert vold, tvangsekteskap, kjønnslemlestelse, psykisk vold og ufrivillig utenlandsopphold – juridiske problemstillinger og forslag til regelverkssendringer.

Riksadvokaten. (2018). Kvalitetsrundskriv 3/2018: Kvalitet i etterforskning og påtale (revidert 21. februar 2019).

Romero-Martínez, Á., Sarrate-Costa, C., & Moya-Albiol, L. (2026). Analysis of the intelligence quotient and its contribution to reactive violence: A systematic review and meta-analysis. *Intelligence*, 114, 101969.

Roesler, T. A. (2011). Medical child abuse. In *Child Abuse and Neglect* (pp. 586-591). WB Saunders. Schleimer, J. P., Ross, R., & Rowhani-Rahbar, A. (2025). Association of prior criminal charges and convictions with subsequent violent and firearm-related crime: a retrospective cohort study. *Injury Epidemiology*, 12(1), 35.

Sele, D., & Larsen, G. V. (2024). Potensielt livredande behandling ved alvorleg fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2026). Kriminalitet og rettsvesen. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen> Statistisk sentralbyrå (SSB). (2025). Abeidsledighet i Norge. Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsledighet-i-norge>

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021). Koronaåret i 10 grafer. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/koronaaret-i-10-grafer>

Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4)

Stray-Pedersen, A., Møller, C., De Lange, C., Due-Tønnessen, B., Grøgaard, J. B., Haugen, O. H., Hikmat, O., Mahesparan, R., Müller, L-S. O., Myhre, A. K., Myhre, M. C., Nedregaard, B., Nordhov, S. M., Rognum, T. O., Rosendahl, K., Sørbo, T., Vollmer-Sandholm, M. J. og Aukland, S. M. (2018). Legers rolle ved mistanke om alvorlig barnemishandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(2), 126–128.

Sylvestre, A., Bussièrès, È.L. og Bouchard, C. (2015). Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 21(1), 47–58.

Thomsen, L. C. V., Daltveit, A. K., Næss, T. P., Juliusson, P. B., Engjom, H. M., Klungsøyr, K., & Akerkar, R. R. (2025). Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024: Svangerskap og fødsler i Norge (Rapport). Folkehelseinstituttet.

Thoresen, S. og Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: A cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 1–12

Thoresen, S. og Myhre, M. C. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer i et livsløpsperspektiv. I C. Øverlien, M.-I. Hauge og J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Universitetsforlaget.

Thornberry, T. P., Henry, K. L., Smith, C. A., Ireland, T. O., Greenman, S. J., & Lee, R. D. (2013). Breaking the cycle of maltreatment: The role of safe, stable, and nurturing relationships. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), S25-S31.

Tsunga, L. P., Hiscox, L. V., Halligan, S. L., Donald, K. A., & Fraser, A. (2025). Violence exposure and cognitive outcomes among children in Low-and Middle-Income Countries (LMICs): A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*,

Vollmer-Sandholm, M. J., Myhre, A. K., Albæk, A. U., & Stray-Pedersen, A. (2024). Child maltreatment: To report or not to report? It’s more complex than that. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 7(4), 529-551.

WHO (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.

Wolke, D. (2018). Preterm birth: high vulnerability and no resiliency? Reflections on van Lieshout et al. (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1201-1204.

Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy)–A systematic review of 796 cases. *Child abuse & neglect*, 72, 45-53.

Younas, F., & Gutman, L. M. (2023). Parental risk and protective factors in child maltreatment: A systematic review of the evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3697-3714.

Younas, F., & Gutman, L. M. (2026). Unpacking parenting intervention content for child maltreatment: A systematic review examining core components. *Trauma, Violence, & Abuse*, 27(1), 66-88.



Telefon 23 20 80 00
Postboks 2094 Vika, 0125 Oslo
E-post: kripos@politiet.no
Internett: www.politiet.no/kripos



ALVORLIG VOLD MOT SMÅ BARN 2026