
Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet

HELSE OG JUS

LISBETH HOMLONG

lho@helsetilsynet.no

Lisbeth Homlong er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Kurbadet legesenter i Oslo og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GRO FREDHEIM

Gro Fredheim er jurist og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HANNE KNUDSEN

Hanne Knudsen er jurist og fagsjef i Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Et spedbarn døde uventet, og i tilsynssaken som fulgte, ble det avdekket at både helsesøster, lege ved helsestasjonen, fastlege og barnelege hadde undersøkt barnet for uforklarlige blåmerker. Men ingen av de involverte hadde meldt fra til barneverntjenesten.

Statens helsetilsyn har konstatert lovbrudd i flere saker som gjelder legers opplysningsplikt til barneverntjenesten. Uttalt bekymring for omsorgssvikt eller vold har vært reist, uten at dette har medført melding til barnevernet. Leger og annet helsepersonell har etter helsepersonelloven § 33 plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir eller

vil bli mishandlet, blir utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt (1). I slike situasjoner er ikke helsepersonellet bundet av taushetsplikten.

Helsepersonell er gitt opplysningsplikt fordi de gjennom sitt arbeid får tilgang til opplysninger om forhold som kan påvirke barns omsorgssituasjon, og fordi de har kompetanse til å vurdere dette.

Informasjonsutveksling og samarbeid på tvers av etater er en forutsetning for å kunne avdekke vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn (2). Det er barnevernet som har ansvar og myndighet til å hjelpe utsatte barn, men for å kunne hjelpe er barnevernet avhengig av å få opplysninger fra andre.

Helsepersonell melder for sjelden

I 2016 mottok barnevernet 58 580 meldinger om 52 567 barn (3). Siden 2008 har antall meldinger økt med nærmere 60 %. Likevel er det grunn til å anta at det fortsatt er en underrapportering. I 2016 utgjorde det totale antallet meldinger fra leger, tannleger og sykehus 7 % av alle meldinger, mens meldinger fra helsestasjon og skolehelsetjenesten utgjorde 5 % (3). Med tanke på antall barn helsepersonell kommer i kontakt med, er andelen meldinger fra disse liten. Videre sendes det langt færre meldinger til barnevernet vedrørende barn under to år sammenlignet med barn i andre aldersgrupper (3).

Alvorlige konsekvenser for barna

Barn som blir utsatt for vold og alvorlig omsorgssvikt, blir påført fysisk skade og psykiske traumer. Samtidig blir de frarøvet den trygge og gode omsorgen som skal hjelpe dem til å utvikle trygghet og regulering av egne følelser. Dette kan få alvorlige konsekvenser for barnas psykologiske utvikling og funksjon (4, 5). 21 % av ungdom i Norge rapporterer at de har vært utsatt for vold fra foreldre i løpet av oppveksten, og 6 % har vært utsatt for grov, fysisk vold (6). Det er estimert at mellom fem og femten spedbarn blir alvorlig skadet av filleristing (såkalt *shaken baby syndrome*) hvert år i Norge, og at om lag fem av dem dør av slike skader (7, 8).

Barn som har blitt utsatt for vold og overgrep, har økt risiko for å utvikle tilknytningsproblemer, sosial tilbaketrekning, søvnvansker, lærevansker, aggresjonsproblemer og angst (9–11). Det er også en betydelig høyere andel blant de som har vært utsatt for vold, som oppgir å ha eller ha hatt sykdommer som astma, fibromyalgi og kronisk bronkitt (12).

Taushetsplikten og opplysningsplikten

Leger og annet helsepersonell har etter helsepersonelloven § 21 taushetsplikt om opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (13).

Taushetsplikten er grunnleggende for tillitsforholdet mellom befolkningen og helsetjenesten, og bidrar til at hjelpetrengende oppsøker nødvendig helsehjelp. Taushetsplikten er likevel ikke absolutt, og helsepersonell er i visse situasjoner pålagt en plikt til å gi informasjon videre for å ivareta hensyn som lovgiver anser som mer tungtveiende enn hensyn som begrunner taushetsplikten.

«Helsepersonellet skal ikke selv undersøke eller 'etterforske' om mishandling eller omsorgssvikt foreligger»

Å avverge at barn utsettes for mishandling og annen alvorlig omsorgssvikt er nettopp et slikt hensyn som er mer tungtveiende enn hensynet til taushetsplikten (14). Formålet med opplysningsplikten er å sikre at utsatte barn får nødvendig oppfølging og omsorg fra barneverntjenesten. Foreligger opplysningsplikt, er helsepersonell pålagt å varsle uten ugrunnet opphold, og kan ikke av hensyn til pasientforholdet eller av andre grunner velge at opplysningene ikke skal gis. Leger og annet helsepersonell kan i en del tilfeller være de eneste som kommer i posisjon til å avdekke vold og omsorgssvikt mot barn. Det er derfor avgjørende at helsepersonell vet når de skal gi opplysninger til barneverntjenesten.

Ordlyden i helsepersonelloven § 33 ble endret 1. juli 2018 (15) som følge av økt oppmerksomhet omkring at det sendes for få meldinger, og som følge av at plikten ikke blir godt nok forstått i helsetjenesten og av helsepersonell. Endringen i ordlyden innebar ingen endring av terskelen for når opplysningsplikten inntreffer, men en klargjøring av i hvilke situasjoner opplysningsplikten utløses. Det ble videre tydeliggjort at meldeplikten er et selvstendig og personlig ansvar for helsepersonell (15).

Hva betyr «grunn til å tro»?

Opplysningsplikten inntreffer når det er «grunn til å tro» at barnet blir mishandlet eller utsettes for alvorlig omsorgssvikt. Uttrykket «grunn til å tro» stiller ikke krav til sikker viten om mishandling eller omsorgssvikt, men det må foreligge omstendigheter som gir noe mer enn en vag mistanke.

Helsepersonellet skal ikke selv undersøke eller «etterforske» om mishandling eller omsorgssvikt foreligger. Terskelen for å gi opplysninger skal være lav. I motsetning til hva mange leger synes å tro, er det ikke nødvendig med sannsynlighetsovervekt. Når det gjelder hvilke forhold eller situasjoner som utløser opplysningsplikt, er det gitt veiledning i Helsedirektoratets rundskriv IS-2012–8 «Helsepersonelloven med kommentarer» (16).

Det at terskelen for å sende melding skal være lav, tilsier at det kan bli sendt meldinger som barneverntjenesten senere henlegger. Skulle det vise seg at barnets situasjon er mindre alvorlig enn antatt, eller at bekymringen blir

avkreftet, har helsepersonellet ikke brutt taushetsplikten. Det avgjørende er at helsepersonellet på tidspunktet for meldingen hadde grunn til å tro.

Helsetilsynets erfaringer

I saken om spedbarnet med uforklarlige blåmerker var både helsestasjonslege og helsesøster kjent med at barnet hadde disse merkene. Barnet ble henvist til fastlege og spesialisthelsetjenesten for somatiske undersøkelser med bakgrunn i blåmerkene. Helsetilsynet kom til at både helsepersonellet i primærhelsetjenesten og barnelegen som undersøkte barnet på sykehuset, uavhengig av hverandre hadde «grunn til å tro» at barnet kunne være utsatt for mishandling. Opplysninger skulle derfor vært gitt til barneverntjenesten. Saken ble meldt til Helsetilsynet da barnet døde hjemme dagen etter at det hadde blitt undersøkt på sykehuset.

Spedbarn er spesielt sårbare for alvorlige fysiske skader og senskader etter vold og omsorgssvikt. Dersom man avdekker blåmerker på et spedbarn som ikke kan forflytte seg selv, må man alltid tenke at merkene kan være forårsaket av vold [\(17\)](#). Opplysninger til barnevernet må gis parallelt med at medisinske årsaker utredes. Det er barnevernet som har i sitt samfunnsmandat å utrede barnets omsorgssituasjon og iverksette tiltak for å avverge eventuell skade på barnet, ikke helsepersonellet.

I vurderingen av om blåmerker kan være påført, bør lokalisasjon, utbredelse og mønster inngå, kombinert med utredning for å utelukke underliggende blødningstendens. Barn som krabber, kan naturlig pådra seg blåmerker i pannen og hodet, mens barn som har begynt å gå, i tillegg gjerne får blåmerker på benete utspring som knær og legger. Påførte blåmerker forekommer ofte på andre steder enn de naturlige støtstedene og på steder som er skjult av klær, og merkene kan ha form etter fingre og grep [\(18\)](#).

I en annen sak der Helsetilsynet konkluderte med brudd på opplysningsplikten, hadde en lege ved en skadelegevakt mistenkt at skader på et barn i barnehagealder kunne være forårsaket av vold. Barnet hadde skader som legen vurderte som uforenlige med skademekanismen som ble oppgitt. Barnet ble derfor henvist til sykehus for vurdering hos barnelege neste dag, men foreldrene møtte ikke opp med barnet til undersøkelsen. Helsetilsynet vurderte at opplysningene legen satt med, ga konkrete holdepunkter for mistanke om mishandling. Legen hadde dermed plikt til å ta kontakt med barnevernet uten ugrunnet opphold og gi dem informasjon om sin bekymring. Legen viste til at hen var nyutdannet, og at hen hadde konferert med spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynets vurdering var at dette ikke fritok legen fra vedkommendes selvstendige opplysningsplikt.

En annen type sak der det ble påpekt lovbrudd, gjaldt en jente under 16 år som var i kontakt med fastlege og jordmor i forbindelse med familieplanlegging og senere svangerskapskontroll. Både fastlege og jordmor fikk kjennskap til at jenta, som var under den seksuelle lavalderen, over tid hadde hatt seksuell omgang og levde i et ekteskapslignende forhold med en voksen mann, med det formål at hun skulle bli gravid. Seksuell omgang med barn mellom 14 og 16 år

er straffbart, og det skal være lav terskel for at opplysningsplikten utløses i saker hvor det er mistanke om seksuelle overgrep. Fastlegen viste til at verken jordmor eller sykehuset ga beskjed om at forholdet skulle meldes til barnevernet, og at hen ikke kjente til lovverket. Det at andre behandlere ikke har reagert på opplysningene, fritar ikke helsepersonell for deres personlige og selvstendige ansvar for å oppfylle opplysningsplikten. Videre er de, i kraft av sin autorisasjon, forpliktet til å ha kunnskap om lovverket som omhandler deres virksomhet som helsepersonell og behandling av pasienter.

Hvem har ansvar for å melde?

Hver enkelt har en selvstendig plikt til å melde fra, også i tilfeller der flere helsepersonell får kunnskap som tilsier at opplysninger skal gis barneverntjenesten (3). Samarbeidende helsepersonell kan eventuelt koordinere varslingen og sende en felles melding til barnevernet.

«Leger har for dårlig forståelse for når plikten til å gi opplysninger inntreffer, og kanskje også mangelfull kunnskap om bestemmelsens rekkevidde»

I saken om spedbarnet med blåmerker ble det også konkludert med lovbrudd i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til at virksomheter i helsetjenesten aktivt sikrer at de ansatte gis nødvendig opplæring om opplysningsplikt til barnevernet, og til at det utarbeides prosedyrer på dette feltet (19). Ledelsen må sikre at prosedyrene er kjent og etterleves av de ansatte. Svikt fra ledelsens side vil likevel ikke frita helsepersonellet fra den selvstendige plikten etter § 33.

Mangelfull kjennskap til lovverket

Frykt for å melde uten grunnlag, frykt for å bryte taushetsplikten, redsel for at relasjonen til pasienten og foreldrene skal bli ødelagt, eller manglende tillit til barnevernet kan være årsaker til at leger vegrer seg for å melde til barnevernet. Barnevoldsutvalget har i sin rapport «Svikt og svik» fra 2017 pekt på at de som anvender lovverket i liten grad leser lovbestemmelsene, at det først og fremst er hovedregelen om taushetsplikt som er kjent, og at unntaksbestemmelsene er mindre kjent (2).

I flere enkeltsaker behandlet av Helsetilsynet uttaler leger og annet helsepersonell at de føler seg usikre på når opplysningsplikten inntreffer. Gjennomgående synes det som om oppfatningen blant flere leger som har vært involvert i Helsetilsynets saker, er at de først må gjøre undersøkelser selv for å eventuelt kunne utelukke somatisk sykdom eller andre årsaker til skader på barna. Helsetilsynets behandling av enkeltsaker tyder på at leger har for dårlig forståelse for når plikten til å gi opplysninger inntreffer, og kanskje også mangelfull kunnskap om bestemmelsens rekkevidde. Dette er alvorlig, idet

bestemmelsen er gitt for å sikre beskyttelse av barn som i svært begrenset grad kan melde fra om slike forhold selv. Hensikten med meldeplikten er å avverge vold, overgrep og omsorgssvikt mot barnet. Hensynet til barnets beste må komme foran hensynet til foreldrene. Utredning av eventuell sykdom innebærer ikke at leger skal vente med å gi opplysninger til barnevernet.

Normen for leger og annet helsepersonell skal være: Hvis du mener at det er «grunn til å tro» at et barn du har undersøkt, kan være utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt, så meld!

LITTERATUR

1. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), kapittel 6. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#§32 Lest 12.3.2019.
2. Norges offentlige utredninger. Svikt og svik — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. NOU 2017:12. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/> Lest 12.3.2019.
3. Bufdir. Meldinger til barnevernet. https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/#info-graphics-header Lest 12.3.2019.
4. Heim C, Shugart M, Craighead WE et al. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol* 2010; 52: 671–90. [PubMed][CrossRef]
5. Braarud HC, Nordanger D. Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2011; 48: 848–51.
6. Bufdir. Barn utsatt for vold i familien. https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Barn_utsatt_for_vold_i_familien/#heading4664 Lest 12.3.2019.
7. Myhre MC, Grøgaard JB, Dyb GA et al. Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1159–63. [PubMed][CrossRef]
8. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW et al. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA* 2003; 290: 621–6. [PubMed][CrossRef]
9. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron* 2016; 89: 892–909. [PubMed][CrossRef]
10. Norman RE, Byambaa M, De R et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001349. [PubMed][CrossRef]

11. Gilbert R, Widom CS, Browne K et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68–81. [PubMed] [CrossRef]
 12. Hjemdal OK, Sogn H, Schau L. Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser. Oslo: NKVTS 2012.
 13. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) kapittel 5. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5 Lest 12.3.2019.
 14. Norges offentlige utredninger. Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver. NOU 1993:33. <https://www.nb.no/statsmaktene/nb/d777b643b6a8976a64dc5db9296a1290?index=7#0> Lest 12.3.2019.
 15. LOV-2018-04-20-5. Lov om endringer i barnevernloven mv. (bedre rettssikkerhet for barn og foreldre). <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-04-20-5> Lest 12.3.2019.
 16. Rundskriv IS-8-2012. Helsepersonelloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer> Lest 12.3.2019.
 17. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S et al. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010; 125: 67–74. [PubMed][CrossRef]
 18. Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Pages/index.aspx> Lest 12.3.2019.
 19. FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> Lest 12.3.2019.
-

Publisert: 21. oktober 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0276

Mottatt 1.4.2019, første revisjon innsendt 24.6.2019, godkjent 30.7.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. desember 2025.