
Grunnleggende uenighet om filleristing

DEBATT

KNUT WESTER

kgwe@helse-bergen.no

Knut Wester er spesialist i nevrokirurgi, pensjonert overlege ved Haukeland universitetssjukehus og professor emeritus ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir at han har medvirket som medisinsk sakkyndig i rettssaker vedrørende filleristing av spedbarn.

Konsensus er bra, men ikke på bekostning av vitenskapelig dokumentasjon.

I en kronikk i Tidsskriftet satte jeg spørsmålstegn ved kvaliteten av den medisinske dokumentasjon som ligger bak antakelsen om at filleristing alene kan gi subdurale hematomer, retinale blødninger og hjerneskade (den såkalte triaden) [\(1\)](#).

Min bekymring knytter seg til spedbarn som ikke har ytre tegn til stump vold mot hodet, men som likevel blir diagnostisert som filleristet. Jeg benekter ikke at foreldre eller andre kan skade barn ved voldelig håndtering, også med hodeskader til følge, men spør bare: Foreligger det solide og vitenskapelig holdbare bevis for at risting alene kan ha slike følger?

Til slutt i kronikken etterlyste jeg vitenskapelig holdbar dokumentasjon for at de kriterier som nå legges til grunn, virkelig kan brukes som juridiske bevis for «skyld ut over enhver rimelig tvil» i filleristingssaker [\(1\)](#). Med en så klart definert etterlysning hadde jeg ventet å få nettopp dét, vitenskapelig holdbar dokumentasjon. Jeg kan ikke se at svaret fra Arne Stray-Pedersen og hans 17 medforfattere presenterer slik dokumentasjon [\(2\)](#). For å synliggjøre dette, vil jeg i det følgende gå gjennom de artikler forfatterne viser til som dokumentasjon for sine argumenter, for å undersøke hvilket vitenskapelig grunnlag de hviler på.

Stray-Pedersen og medarbeidere forklarer at det sammen med triaden også kan forekomme tydelige tegn på ytre vold mot hodet. At slike funn trekker i retning av påført skade, er åpenbart, og jeg vil derfor ikke bruke plass på å diskutere slike skader her.

Subdurale hematomer

Stray-Pedersen og medarbeidere viser til Kemp og medarbeideres oversiktsartikkel (3) som belegg for sin påstand om at filleristing gir en typisk fordeling av de subdurale hematomenes. Blant annet skal de være bilaterale og multifokale. Det er korrekt at denne artikkelen på grunnlag av et omfattende litteratursøk beskriver en slik fordeling. Da må man vente at Kemp og medarbeidere baserer denne beskrivelsen på studier som viser fordelingen av subdurale hematomer ved dokumentert risting. Det gjør de ikke. De viser bare til en artikkel av Christian og medarbeidere som igjen viser til et forslag fra American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (4). Christian og medarbeideres artikkel beskrives av forfatterne selv som et «policy statement». Den baserer seg altså ikke på vitenskapelig holdbar dokumentasjon.

14 av de 21 artiklene som er inkludert i Kemp og medarbeideres oversiktsartikkel, er retrospektive, resten er prospektive. Ingen av artiklene er basert på observert mishandling. Alle angir at diagnosen filleristing er stilt av multidisiplinære team, «experts» eller av de aktuelle forfattere selv i henhold til algoritmer som ikke baserer seg på solid dokumentasjon av filleristing. I to av disse artiklene oppgis det at noen av de antatte skadevolderne har tilstått, men ikke når eller under hvilke omstendigheter dette har skjedd. I den ene artikkelen (5) oppgis det at 24,5 % av tilfellene var basert på tilståelser, i den andre (6) ble mishandling bestemt ut fra om det forelå tilståelse som var dokumentert i journalen, eller at barnevernsteamet hadde bestemt dette, men det opplyses ikke om hvor mange som var basert på tilståelser, eller hvordan disse var oppnådd. Tilståelser fremkalt under rettslige avhør eller politiavhør lang tid etter hendelsen er av usikker verdi (7).

Det er påfallende at den ovenfor beskrevne fordeling av subdurale hematomer nærmest er identisk med den man ser ved ekstern hydrocephalus komplisert med spontane subdurale blødninger.

Jeg merker meg for øvrig at Stray-Pedersen og medarbeidere nå uttrykker seg litt mer forsiktig vedrørende filleristing enn sakkyndige har gjort i saker jeg har vært involvert i: «Begrepet 'shaken baby' antyder at barna er blitt kraftig ristet, formodentlig holdt rundt overkroppen med begge hender og gjentatte ganger blitt ristet frem og tilbake» (2). Min erfaring er at ord som *antyder* og *formodentlig* ikke brukes i slike saker i norsk rett – der er slike forbehold stort sett fraværende.

Retinale blødninger

Når det gjelder retinale blødninger, henviser Stray-Pedersen og medarbeidere til Binenbaum & Forbes (8) som utgangspunkt for å beskrive det helt karakteristiske ved slike blødninger forårsaket av filleristing. I denne artikkelen, som nærmest er en oppskrift på hvordan man skal undersøke øynene hos et antatt filleristet spedbarn, gir ikke forfatterne noen dokumentasjon på at disse beskrivelsene baserer seg på dokumentert filleristing. Heller ikke i sine originalartikler publiserer Binenbaum data fra barn som med sikkerhet er mishandlet; diagnosen «abusive head trauma» eller «shaken baby syndrome» er fastslått av sykehusets «child abuse evaluation team» (9).

Encefalopati

På dette punktet henviser Stray-Pedersen og medarbeidere til en nylig publisert konsensusrapport (10). Forfatterne av denne slår fast at «abusive head trauma» er en medisinsk diagnose som stilles av leger, sosialarbeidere og andre profesjoner basert på alle fakta og bevis. Videre sier de at dette vitenskapelig sett er en ikke-kontroversiell diagnose som er bredt akseptert i hele verden. Dette presenteres som fakta uten annet belegg enn at det er basert på medisinske bevis som er generelt akseptert i relevante medisinske kretser. Det siste kan nok være korrekt, men utenfor disse relevante medisinske kretser stiller mange seg undrende til denne skråsikkerheten.

Konsensus – mellom hvem?

I den nevnte konsensusrapporten oppgis det at den har mottatt støtte fra nasjonale og europeiske foreninger, hovedsakelig innen radiologi og pediatri, deriblant den norske barnelegeforeningen. Antallet støttende foreninger er forholdsvis lite (10). Nevrokirurger vurderer og opererer subdurale hematomer hos barn, men foreninger innen denne spesialiteten slutter seg ikke til konsensusen. Det gjør heller ikke mange andre nasjonale barnelegeforeninger – bare den japanske, den norske og den svenske.

Konsensusrapporten fastslår at «abusive head trauma» er en veletablert diagnose som er vurdert som valid av «major national and international professional medical societies and organizations». Som referanse for dette utsagnet oppgis fire publikasjoner. Disse er dels andre konsensusrapporter, dels «statements». Én av dem er basert på et spørreskjema gitt til 1 378 pediatere o.l. hvor man spør om de anser dette for å være en valid diagnose – hvilket de gjør. Ingen av disse artiklene baserer seg på vitenskapelig holdbar dokumentasjon, de gjentar bare det som har vært «gjengs oppfatning» gjennom årtier. Konsensusrapporten har 210 litteraturhenvisninger. Så vidt jeg kan bedømme, baserer ingen av dem seg på observert voldelig risting. Dette er påfallende ettersom konsensusrapporten kan fortelle at det er publisert et firesifret antall artikler om emnet. At ingen har observert risting av de flere tusen spedbarna i disse artiklene, høres utrolig ut.

Jeg har for flere måneder siden rettet en henvendelse til lederen for den norske barnelegeforeningen, hvor jeg tillot meg å spørre om på hvilket vitenskapelig grunnlag styret i Norsk barnelegeforening hadde tiltrådt denne konsensusrapporten. Jeg har ennå ikke fått svar.

Ekstern hydrocephalus

Benign ekstern hydrocephalus er en tilstand jeg har arbeidet mye med, både klinisk og vitenskapelig. Grunnen til at jeg engasjerte meg i arbeidet med filleristing var at jeg helt tilfeldig oppdaget at flere spedbarn, som angivelig var filleristet, hadde ekstern hydrocephalus med helt typisk klinisk utvikling og radiologi; dette gjelder alle de barn jeg har vært personlig engasjert i. Stray-Pedersen og medarbeidere skriver at ekstern hydrocephalus i over 20 år har inngått i de differensialdiagnostiske overveielsene som rettsmedisinsk sakkyndige bør ta stilling til, og at det er holdepunkter for at denne tilstanden kan medføre spontan utsiving av blodprodukter og væske subduralt, samt at det derfor er avgjørende for behandlende leger og rettsmedisinsk sakkyndige å avgjøre om denne tilstanden er til stede når man finner subduralt hematom hos et lite spedbarn. Det er jeg helt enig i. Problemet er bare at dette ikke ser ut til å gi seg utslag i de sakkyndige erklæringene, selv i de sakene der hodeomkretsen har vist for rask vekst i tiden før den antatte filleristing.

Er konsensus bra nok i så alvorlige saker?

I medisinen er konsensus noe vi tyr til når vi skal bli enige om hvordan medisinske problemer skal løses og det ikke foreligger håndfaste bevis i form av kvalitetsforskning som tillater å trekke sikre konklusjoner. Da er konsensus bedre enn intet. Det springende punkt her er hvor sikker man må være i disse sakene, hvor spedbarn blir skilt fra foreldre, og foreldre dømt til lange fengselsstraffer som følge av de sakkyndiges erklæringer. De som tror på triadens beviskraft, ser ikke ut til å underbygge sine oppfatninger med solid medisinsk dokumentasjon. I stedet henviser de til konsensus basert på et historisk oppsamlet materiale uten den nødvendige vitenskapelige kvalitet. Hvem har rett – de som holder seg til konsensus, eller de som mener at denne konsensus er svakt begrunnet? Det paradoksale er at dette spørsmålet ikke avgjøres i medisinske fora én gang for alle, men av dommere og barnevern uten medisinsk bakgrunn i hver enkelt sak.

Da forutsettes det at de medisinsk sakkyndige i den enkelte sak lever opp til den ideale fordring som Stray-Pedersen og medarbeidere krever.

Dessuten: Konsensus kan da ikke være bra nok.

LITTERATUR

1. Wester K. Har et «filleristet spedbarn» alltid vært filleristet? Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0583. [PubMed][CrossRef]
2. Stray-Pedersen A, Møller C, De Lange C et al. Legers rolle ved mistanke om alvorlig barnemishandling. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0922. [CrossRef]
3. Kemp AM, Jaspán T, Griffiths J et al. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. Arch Dis Child 2011; 96: 1103–12. [PubMed][CrossRef]
4. Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics 2009; 123: 1409–11. [PubMed][CrossRef]
5. Datta S, Stoodley N, Jayawant S et al. Neuroradiological aspects of subdural haemorrhages. Arch Dis Child 2005; 90: 947–51. [PubMed][CrossRef]
6. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW et al. A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and noninflicted traumatic brain injury. Pediatrics 2004; 114: 633–9. [PubMed][CrossRef]
7. Gudjonsson G. Memory distrust syndrome, confabulation and false confession. Cortex 2017; 87: 156–65. [PubMed][CrossRef]
8. Binenbaum G, Forbes BJ. The eye in child abuse: key points on retinal hemorrhages and abusive head trauma. Pediatr Radiol 2014; 44 (suppl 4): S571–7. [PubMed][CrossRef]
9. Binenbaum G, Mirza-George N, Christian CW et al. Odds of abuse associated with retinal hemorrhages in children suspected of child abuse. J AAPOS 2009; 13: 268–72. [PubMed][CrossRef]
10. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. Pediatr Radiol 2018; 48: 1048–65. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 15. januar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0001

Mottatt 2.1.2019, første revisjon innsendt 7.1.2019, godkjent 9.1.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.