
Filleristing, rettssikkerhet og vitenskapelig uenighet

KRONIKK

PER BRODAL

BJØRNAR OLAISEN

SIDSEL ROGDE

Historien har vist hvor galt det kan gå når medisinske miljøer handler i flokk uten tilstrekkelig faglig grunnlag. Det er vårt utgangspunkt for å se nærmere på medisinskfaglige og rettsmedisinske aspekter ved mistanke om filleristing av spedbarn og det faglige grunnlaget for diagnosen filleristet barn (*shaken baby syndrome*).

For mer enn 60 år siden innførte den vestlige verden i regi av helsevesenet en endring av praksis i barnepleien og i rådgivningen til mødre: Heretter skulle spedbarn legges i mageleie når de skulle sove. Den toneangivende opphavsmannen til dette rådet var den amerikanske barnelegen Benjamin Spock (1903–98), som nøyte enorm faglig tillit som barnas talsmann. I sin læreboksutgave av *Baby and Child Care* fra 1957 ga han råd om mageleie, siden han mente ryggeleie ga risiko for kvelning ved oppkast [\(1\)](#).

I dag er det ikke lett å skjønne hva som gjorde at hele den vestlige verdens helsevesen så aktivt deltok i å gjennomføre hans ikke-dokumenterte råd. I årene som fulgte, fikk man etter hvert en voldsom økning i forekomsten av plutselig uventet spedbarnsdød, men det skulle ta et par-tre tiår før man klarte å se sammenhengen og nye fem år før man (fra 1990) begynte å endre praksis. I mellomtiden hadde kanskje så mange som 1 000 spedbarn i Norge [\(2\)](#) og kanskje mer enn 60 000 i den vestlige del av verden mistet livet på grunn av denne tragiske feiltakelsen [\(3\)](#).

«I dag er det ikke lett å skjønne hva som gjorde at hele den vestlige verdens helsevesen så aktivt deltok i å gjennomføre hans ikke-dokumenterte råd»

For et par tiår siden hadde man stor faglig tro på at visse funn i barns ytre kjønnsorganer viste at barnet hadde vært utsatt for seksuelt misbruk. Men når man gjorde systematiske undersøkelser, viste det seg at forandringer som man hadde ansett som diagnostiske for misbruk, likevel ikke kunne bevise noe. På den annen side så man at noen barn som beviselig hadde vært utsatt for penetrasjon, ikke hadde slike forandringer – som man hadde antatt nærmest var obligate etter en slik hendelse. Det er lett å forestille seg de tragedier slike feilvurderinger har medført på grunn av helsevesenets og domstolenes håndtering.

Disse to eksemplene har det til felles at de viser at et samlet medisinsk fagmiljø kan ta feil og handle i flokk selv om det faglige grunnlaget mangler.

Aktuell sak

Rett før jul 2022 falt det en dom i Borgarting lagmannsrett som frikjente en forelder som sto tiltalt for å ha påført sitt barn hjerneskade ved voldsom risting (filleristing). Etter å ha fulgt rettssaken skrev Hege Ulstein i Dagsavisen 21.11.2022: «En ny rettsskandale kan være på vei» og videre at «I retten har den faglige konflikten i Norge kommet svært tydelig fram» (4).

At det er faglig uenighet om årsakene til medisinske funn og symptomer, er noe leger og forskere lever med til daglig. Slike uenigheter forsøkes løst ved å fremskaffe ny kunnskap gjennom forskning og klinisk erfaring. Der kunnskapen er mangelfull og forskningsresultatene usikre eller motstridende, må konklusjoner og tolkninger bli tilsvarende forsiktige og foreløpige.

Når konklusjoner om mulig årsakssammenheng brukes rettslig, hvor kravet til domfellelse er bevis for skyld ut over enhver rimelig tvil, er det avgjørende at det vises enda større grad av forsiktighet. Årsakssammenhenger kan ikke avgjøres av hvor mange fagpersoner som er enige, men av holdbarheten til vitenskapen som legges til grunn.

«Når konklusjoner om mulig årsakssammenheng brukes rettslig, er det avgjørende at det vises enda større grad av forsiktighet»

Her har vi sett en bekymringsfull praksis i filleristingsdebatten. I en artikkel i Tidsskriftet i 2018 (5) gikk nemlig 18 spesialister innen et vidt spekter av medisinske spesialiteter ut med et slags manifest der de protesterte mot det de omtaler som «ensidige og unyanserte medieoppslag», men som egentlig gjelder vitenskapelige publikasjoner (6). En lignende konsensususerklæring ble publisert i tidsskriftet *Pediatric Radiology* i 2018 (7) og støttet av en rekke amerikanske og europeiske radiologiske og pediatrike foreninger, blant annet Norsk barnelegeforening (8).

Det er uvanlig at store grupper av fagpersoner velger å gå til angrep på andre fagpersoners vitenskapelige artikler som tyder på at dagens sakkyndigpraksis kan være utilstrekkelig vitenskapelig fundert – uten å presentere noen vitenskapelig evidens som kan svekke grunnlaget for andre fagfolks innspill. Det er vanskelig å se at de 18 forfatterne av artikkelen i Tidsskriftet kan vise til et tilstrekkelig faglig grunnlag for med sikkerhet å konstatere filleristing. Og ved å gjøre det, mener vi de har beveget seg langt inn på domstolens ansvarsområde.

Dette gjelder etter vårt syn også Stray-Pedersen og medarbeidere (9) når de i sin kritikk av Wester og medarbeideres faglige gjennomgang av medisinske funn og vurderinger i straffesaker med filleristingsproblematikk i Norge (10), uttrykker engstelse for at artikkelen kan ha negativ påvirkning på framtidig sakkyndigvirksomhet for domstolene: «*This can make it even more difficult to protect those infants who are most at risk and ensure justice for them and their parents.*»

Dette kan ikke sies tydelig nok: Det er ikke de medisinske sakkyndiges oppgave å ivareta partenes rettssikkerhet. Den oppgaven ligger hos domstolen.

Hvor sikker er årsakssammenhengen?

Det er en voluminøs litteratur på området, med motstridende konklusjoner. I en grundig svensk litteraturgjennomgang ble det konkludert slik (11): «*There is insufficient scientific evidence on which to assess the diagnostic accuracy of the triad in identifying traumatic shaking (very low-quality evidence).*»

Denne studien er riktignok møtt med krass kritikk, krav om tilbaketrekning og påstand om at den setter barns liv i fare (12), men det er vanskelig å se at kritikken rokker ved dens konklusjoner (13).

Selv om Stray-Pedersen og medarbeidere (5) skriver at «funn av den såkalte triaden er i seg selv ikke tilstrekkelig som bevis i en straffesak ...» og videre at «fokuserer man kun på triaden, velger man å overse at det oftest er andre ledsagende funn som bruddskader, blåmerker og hudskader», er dette ikke betryggende. Oftest i denne sammenhengen må jo bety at det i noen tilfeller ble konkludert med filleristing uten at det forelå andre ledsagende medisinske funn. At det er slik, sannsynliggjøres av en gjennomgang av 17 norske tilfeller hvor retten hadde konkludert med filleristing som årsak til de medisinske funnene (10). I flere av disse ble det nemlig ikke funnet ytre tegn til hodeskade eller frakturer, noe som må tolkes som at de medisinske funnene begrenset seg til triaden.

«Oftest i denne sammenhengen må jo bety at det i noen tilfeller ble konkludert med filleristing uten at det forelå andre ledsagende medisinske funn»

Det er vanskelig å forstå dette på annen måte enn at man i alle fall i enkelte tilfeller har konkludert med filleristing basert på triaden som eneste medisinske funn, i motsetning til hva Stray-Pedersen og medarbeidere hevder

(5). Det problematiske med sikre slutninger om årsakssammenheng illustreres også av at triaden utvilsomt kan fremkalles av ikke-traumatiske årsaker (8, 10, 14–16). Selv om dette skulle gjelde et mindretall, gjør muligheten for andre, ikke-voldelige årsaker det umulig å trekke sikre konklusjoner i enkelttilfeller.

Ytterligere usikkerhet om hvor ofte filleristing fremkaller triaden, kommer fra en studie av barn hvor filleristing (i 16 tilfeller beskrevet som kraftig, for øvrig med ukjent kraft) enten var erkjent eller bevitnet (17). Ingen av disse 36 barna som hadde vært filleristet, hadde subduralt hematom eller retinale blødninger, som jo er to av de tre kriteriene i triaden.

Sirkelargumentasjon

Flere av publikasjonene som argumenterer for triadens årsakssammenheng med filleristing, skjemmes av sirkelargumentasjon (12). Det vil si at hypotesen om årsakssammenheng er akseptert som sann i utgangspunktet.

For eksempel innleder Stray-Pedersen og medarbeidere (5) som følger: «Voldsom risting av spedbarn kan medføre en triade av alvorlige skader i hodet og øynene.» Det som opprinnelig ble lansert som en hypotese uten vitenskapelig evidens for 50 år siden (18, 19), er blitt til en sannhet akseptert av et stort flertall av norske (5) og amerikanske (20) leger involvert i undersøkelse av barn ved mistanke om mishandling. Den amerikanske undersøkelsen ble så brukt i en lederartikkel i *Journal of Pediatrics* som et vektig argument for at filleristing forårsaker triaden (21).

Biomekanisk usannsynlig sammenheng?

Ytterligere usikkerhet om årsakssammenheng mellom filleristing og triaden følger av biomekaniske betraktninger som reiser tvil om filleristing kan forårsake intrakraniale skader uten at det også oppstår skade i øvre del av halsvirvelsøylen. Denne konklusjonen bygger både på enkle biomekaniske og anatomiske betraktninger og på teoretiske og eksperimentelle biomekaniske studier (22–24).

«Dette sannsynliggjør at de intrakraniale kreftene som fremkalles ved filleristing, ikke alene er tilstrekkelige til å fremkalle blødninger»

Dette sannsynliggjør at de intrakraniale kreftene som fremkalles ved filleristing, ikke alene er tilstrekkelige til å fremkalle blødninger. Undersøkelse av nakkeregionen ved mistanke om vold mot spedbarn har fått økende oppmerksomhet (25, 26). I en studie hadde 60–80 % av barn som ble MR-undersøkt med mistanke om hodetraume etter mishandling (*abusive head trauma*), bløtdelsskader i øvre del av halsvirvelsøylen. Det kan virke som dette ikke er erkjent i det norske fagmiljøet. Muligheten for nakkeskader nevnes ikke av Stray-Pedersen og medarbeidere (5), og slike funn ser heller ikke ut til å være registrert blant de 17 tilfellene der man har gjennomgått de medisinske funnene (10, tabell 2).

«Getting it right»

Vi avslutter med et sitat fra barnenevrokirurgen Norman Guthkelch (1915–2016), som opprinnelig lanserte hypotesen om filleristing som årsak til triaden i 1971 (18), men som senere ble sterkt bekymret for hvordan den ble ukritisk akseptert (27):

«'Getting it right' requires that we distinguish between hypotheses and knowledge. Shaken baby syndrome and abusive head trauma are hypotheses that have been advanced to explain findings that are not yet fully understood. There is nothing wrong in advancing such hypotheses; this is how medicine and science progress. It is wrong, however, to fail to advise parents and courts when these are simply hypotheses, not proven medical or scientific facts, or to attack those who point out problems with these hypotheses or who advance alternatives. Often, 'getting it right' simply means saying, clearly and unequivocally, 'we don't know'.»

REFERENCES

1. Spock B. Baby and Child Care. 2. utg. New York, NY: Pocket Books, 1957.
2. Øyen N. Spedbarn skal sove på rygg – en epidemiologisk suksesshistorie. *Nor Epidemiol* 2007; 17: 121–5.
3. Gilbert R, Salanti G, Harden M et al. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 874–87. [PubMed][CrossRef]
4. Ulstein H. Filleristingssakene kan være en ny NAV-skandale. *Dagsavisen* 21.11.2018.
<https://www.dagsavisen.no/debatt/kommentar/2022/11/21/filleristingssakene-kan-vaere-en-ny-nav-skandale/> Lest 21.2.2023.
5. 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. [PubMed][CrossRef]
6. Wester K. Har et «filleristet spedbarn» alltid vært filleristet? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0583. [PubMed][CrossRef]
7. 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]
8. Findley KA, Risinger DM, Barnes PD et al. Feigned Consensus: Usurping the Law in Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma Prosecutions. *Wis L Rev* 2019; 2019: 1211–68. [CrossRef]

9. Stray-Pedersen A, Vollmer-Sandholm MJ, Aukland SM et al. Re-evaluation of abusive head trauma in Norway appears flawed. *Acta Paediatr* 2022; 111: 793–7. [PubMed][CrossRef]
10. Wester K, Stridbeck U, Syse A et al. Re-evaluation of medical findings in alleged shaken baby syndrome and abusive head trauma in Norwegian courts fails to support abuse diagnoses. *Acta Paediatr* 2022; 111: 779–92. [PubMed][CrossRef]
11. Lynøe N, Elinder G, Hallberg B et al. Insufficient evidence for 'shaken baby syndrome' - a systematic review. *Acta Paediatr* 2017; 106: 1021–7. [PubMed][CrossRef]
12. DeBelle GD, Maguire S, Watts P et al. Abusive head trauma and the triad: a critique on behalf of RCPCH of 'Traumatic shaking: the role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking'. *Arch Dis Child* 2018; 103: 606–10. [PubMed][CrossRef]
13. Rosén M, Lynøe N, Elinder G et al. Shaken baby syndrome and the risk of losing scientific scrutiny. *Acta Paediatr* 2017; 106: 1905–8. [PubMed][CrossRef]
14. Geddes JF, Tasker RC, Hackshaw AK et al. Dural haemorrhage in non-traumatic infant deaths: does it explain the bleeding in 'shaken baby syndrome'? *Neuropathol Appl Neurobiol* 2003; 29: 14–22. [PubMed][CrossRef]
15. Andersson J, Thiblin I. National study shows that abusive head trauma mortality in Sweden was at least 10 times lower than in other Western countries. *Acta Paediatr* 2018; 107: 477–83. [PubMed][CrossRef]
16. Wester K, Wikström J, Lynøe N et al. Unsubstantiated belief in the diagnostic accuracy of the triad of abusive head trauma may lead to incorrect diagnoses of alleged abuse cases. *Acta Paediatr* 2022; 111: 809–11. [PubMed][CrossRef]
17. Thiblin I, Andersson J, Wester K et al. Medical findings and symptoms in infants exposed to witnessed or admitted abusive shaking: A nationwide registry study. *PLoS One* 2020; 15: e0240182. [PubMed][CrossRef]
18. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *BMJ* 1971; 2: 430–1. [PubMed][CrossRef]
19. Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child* 1972; 124: 161–9. [PubMed][CrossRef]
20. Narang SK, Estrada C, Greenberg S et al. Acceptance of Shaken Baby Syndrome and Abusive Head Trauma as Medical Diagnoses. *J Pediatr* 2016; 177: 273–8. [PubMed][CrossRef]

21. Fisher PG. Shaken baby syndrome and abusive head trauma are real problems. *J Pediatr* 2016; 177: 2. [PubMed][CrossRef]
22. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE et al. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg* 1987; 66: 409–15. [PubMed][CrossRef]
23. Bandak FA. Shaken baby syndrome: a biomechanics analysis of injury mechanisms. *Forensic Sci Int* 2005; 151: 71–9. [PubMed][CrossRef]
24. Davison MA, Button KD, Benzel EC et al. A Biomechanical Assessment of Shaken Baby Syndrome: What About the Spine? *World Neurosurg* 2022; 163: e223–9. [PubMed][CrossRef]
25. Rabbitt AL, Kelly TG, Yan K et al. Characteristics associated with spine injury on magnetic resonance imaging in children evaluated for abusive head trauma. *Pediatr Radiol* 2020; 50: 83–97. [PubMed][CrossRef]
26. Choudhary AK, Ishak R, Zacharia TT et al. Imaging of spinal injury in abusive head trauma: a retrospective study. *Pediatr Radiol* 2014; 44: 1130–40. [PubMed][CrossRef]
27. Guthkelch AN. Problems of infant retino-dural hemorrhage with minimal external injury. *Houst J Health Law Policy* 2012; 12: 201–8.

Publisert: 23. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0128

Mottatt 17.3.2023, godkjent 21.3.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.