

Kapittel 6

Å ikke ta vaksiner, eller nekte barn å ta vaksiner

Vaksiner kan handle om liv og død. Innledningsvis er det verdt å minne om at det i dag er svært enkelt å unnta barna fra vaksinasjonsprogrammet, som er hjemlet i to forskrifter.¹

Først skal vi se på hva som skjer dersom foreldrene er uenige om barna skal vaksineres, både ved å følge vaksineringsprogrammer og ved vaksineringsprogrammer som skjer utenfor vaksinasjonsprogrammet. Er erfaringer fra hastevaksineringsprogrammet med bruk av Pandemrix i 2009 og AstraZenecas koronavaksine i 2021 så alvorlige at vi bør være langt mer skeptiske til slik hurtigvaksineringsprogrammer? Pandemrix ble gitt til 1,9 millioner nordmenn under svineinfluensa-pandemien i 2009, og pr. 2019 hadde 151 personer fått erstatning og 586 fått avslag fra Norsk pasientskadeerstatning.² De fleste sakene gjelder kronisk utmattelsessyndrom (ME) og narkolepsi, altså kronisk tretthet. AstraZeneca-vaksinen ble tatt ut av koronavaksineprogrammet i april 2021, etter at det var påvist vaksineindusert immun trombotisk trombocytopeni (VITT) som medfører blodpropp. Pr. januar 2025 var det kommet over 2210 krav om erstatning til Norsk pasientskadeerstatning for skader etter korona-vaksine; ved utgangen av 2025 er erstatning gitt i 464 saker.³ Videre drøftes om Norge bør følge

1 Se 2018-forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, særlig § 7, og 2009-forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram.

2 Norsk pasientskadeerstatning, 2019.

3 Norsk pasientskadeerstatning, 2025, s. 33.

enkelte andre stater og innføre en tvungen deltakelse i vaksinasjonsprogrammet. Dersom slik obligatorisk vaksinerings innføres, drøftes om det likevel må være en sikkerhetsventil for vaksinemotstandere, eller om motstand mot vaksinerings av egne barn skal kunne overprøves av ansvarlige myndigheter. Til slutt gis en kort vurdering av hensynet til barns beste.

Kapitlet drøfter ikke inngripende tiltak som isolering eller bevegelsesbegrensning som følge av en alvorlig epidemi eller pandemi,⁴ der hovedforskjellen mellom de to er at en pandemi har global utbredelse.

Uenighet mellom foreldrene innenfor barnevaksinasjonsprogrammet

Vi så i kapittel 1 at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd slår fast foreldres samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år, og at vaksinerings etter barnevaksinasjonsprogrammet forstås som en helsehjelp.

Noen ganger kan det være uenighet mellom foreldrene om vaksinerings, og dette er også dekket av loven, som sier i § 4-4 annet ledd:

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som regnes som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 [beslutningsmyndighet hos den barnet bor hos] og 42 andre ledd [omsorg under samvær]. For en forelder gjelder dette uavhengig av om vedkommende har foreldreansvaret for barnet. Ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må likevel den som skal samtykke, ha foreldreansvaret for barnet.

4 For en kort drøfting av norske unntakshjemler pr. 2022, se Haugen, 2022, s. 182–184. Merk at 2023-endringen av smittevernloven, der Stortinget, 2023d gir fullmakt til regjeringen til å vedta inngripende tiltak, som «begrensninger i bevegelsesfriheten», ble kritisert på lederplass i VG, 2023; se også Graver, 2023 og Graver og Tvedt, 2023.

I den barnelova som ble vedtatt i juni 2025, og vil tre i kraft 1. januar 2028, er myndighets- og omsorgsbestemmelsene endret. Den første setningen i pasient- og brukerrettighetsloven gjengitt over viser til to bestemmelser i den gjeldende barnelova. Disse to bestemmelsene har en ny ordlyd i den nye barnelova. Den første – i § 7-2 – er endret ved at «dagleg myndigheit» nå ligger hos *begge* foreldrene, gitt at disse bodde sammen da barnet ble født, og gitt at ingen annen avtale er inngått. Videre presiseres: «Berre dei som har foreldreansvar, kan ha dagleg myndigheit.» Den andre bestemmelsen – omsorg under samvær; § 8-4 – er endret fra «kan ta avgjerder ...» til «rett og plikt til å ta avgjerder ...». Ved å understreke «rett og plikt» *økes* forelderens beslutningsmakt under samværet. Disse endringene vil spille inn i redegjørelsen under, men siden dette i minst mulig grad skal være en rettsdogmatisk drøfting, vil jeg ikke komme tilbake til barneloven vedtatt i 2025. Den viktigste endringen som loven vil bringe, er at begge foreldre har foreldreansvar etter en skilsmisse.

Denne siterte ordlyden hjemler *ikke* det å nekte å samtykke alene. Dersom den av foreldrene som har foreldreansvaret, krysser av på at barnet *ikke* skal få vaksine under vaksinasjonsprogrammet, vil det antakelig variere om helsesykepleier da oppsøker den andre av foreldrene med foreldreansvar for å få dennes vurdering. Loven nedfeller ingen forventning eller plikt om at så skal skje.

Bestemmelsen ble endret i 2018 fordi det kom spørsmål fra helsesykepleiere om begge foreldre bør samtykke. Avklaringen sa at det er tilstrekkelig at den ene forelder eller andre med foreldreansvar samtykker til vaksineringsprogrammet.⁵ For vaksine *utenfor* barnevaksinasjonsprogrammet må begge samtykke, som vi skal se på under.

I avklaringen peker Departementet på tre forhold for å begrunne hvorfor «vaksinasjon i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet er helsehjelp som regnes som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet ...»: 1) en slik forståelse støttes av de fleste foreldre; 2) vaksinasjonen er vanligvis helt ukomplisert; og 3) det antas at det sjelden er uenighet mellom foreldre om vaksineringsprogrammet.⁶ Dette svaret stemmer nok for 99,9 prosent av foreldrene, men det er i den 0,1 prosenten hvor foreldrene er uenige, at disse spørsmålene oppstår.

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 4.

Slik lovverket fungerer i dag, kan altså én av foreldrene med foreldreansvaret for barnet samtykke alene til at barnet kan delta i barnevaksinasjonsprogrammet. Dersom én av foreldrene med foreldreansvar ikke samtykker, er det ingen lovpålagt plikt hos helsesykepleieren til å kontakte den andre forelderen med foreldreansvar. Plikten til å involvere *begge* foreldrene er altså ikke formulert eksplisitt i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 annet ledd, som er den bestemmelsen som omhandler barnevaksinasjonsprogrammet. Både loven slik den nå lyder, og brevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, legger til grunn at foreldrene samlet sett enten *ønsker* eller *ikke* ønsker vaksinerings.⁷ Det tas ikke høyde for en situasjon med skilte foreldre der den ene motsetter seg vaksineringsen av barnet, mens den andre forelderen ønsker vaksineringsen.

Uenighet mellom foreldrene om vaksinerings utenfor barnevaksinasjonsprogrammet

Selv om det ikke står eksplisitt, er det pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd som hjemler vaksinerings utenfor barnevaksinasjonsprogrammet. Siste del av bestemmelsen handler om klager og utsatt helsehjelp mens klagen behandles. For oss er det første del av bestemmelsen som er interessant:

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Før slik helsehjelp gis, skal begge foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, så langt som mulig få si sin mening.

Vi ser at her er det lagt langt større vekt på involvering av den andre av foreldrene enn for barnevaksinasjonsprogrammet, gjennom formuleringen «så langt som mulig ...». Det er uansett slik at helsepersonellet kan overprøve foreldrene, noe som vises gjennom formuleringen «nødvendig for at barnet

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5.

ikke skal ta skade» og at det ikke er noen betingelser for verbet «gis». Helsehjelp kan altså gjennomføres dersom en eller begge foreldrene ikke synes å ha en tilstrekkelig klar subjektiv forståelse av vaksiner og den skaden som kan oppstå ved å ikke vaksinere.

Det kan imidlertid være problemer med vaksiner utenfor barnevaksinasjonsprogrammet, hvor vaksinerne er testet i mindre grad. Det vi nå vet om langtidsvirkningene av haste-vaksineringen under svineinfluensa-pandemien i 2009 og koronavaksineringen med Astra-Zeneca-vaksinen, kan gjøre mange skeptiske.

Slik usikkerhet om både virkninger og bivirkninger kan føre til enda større uenighet. I en ytterligere avklaring, gjort etter at lovendringen skjedde, heter det:

Dersom barnet likevel skal få vaksine utenfor barnevaksinasjonsprogrammet uten begges samtykke, må kvalifisert helsepersonell mene at vaksinen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd.⁸

Hvordan skal man forstå «nødvendig for at barnet ikke skal ta skade»? Denne formuleringen er hentet rett fra den aktuelle lovbestemmelsen, altså § 4-4 tredje ledd. Nødvendig vaksine er altså å forstå som nødvendig helsehjelp, og «nødvendig» er det som skal til for at barnet ikke skal ta skade.

Bør vi trekke lærdom fra Pandemrix-vaksineringen i 2009 og vaksiner mot COVID-19?

Det er forskjell på å erklære en pandemi og å utstede en såkalt «influenza pandemic alert», eller et pandemivarsel. WHO's kommunikasjon om den såkalte svineinfluensaen i 2009, den raske innføringen av vaksinasjon ved hjelp av Pandemrix, samt endringen av når en pandemi faktisk kan erklæres,

8 Helsedirektoratet, 2018.

er blitt gjenstand for flere kritiske vurderinger. En WHO-nedsatt komite som gjennomgikk håndteringen, konkluderte med «ingen bevis for forsøk på eller faktisk innflytelse fra kommersielle interesser på råd gitt eller avgjørelser tatt av WHO.»⁹ En annen WHO-rapport gir ytterligere informasjon om kommunikasjonen på ulike tidspunkt.¹⁰ Den definisjonen av en pandemi som gjaldt fra 2003, sa at en pandemi kan erklæres når

a new influenza virus appears against which the human population has no immunity, resulting in several, simultaneous epidemics worldwide with enormous numbers of deaths and illness.¹¹

Denne definisjonen ble ikke lagt til grunn av WHO i 2009, som brukte en lavere «terskel», og det er ulike meninger om denne influensaen var «ny».¹² Det er ingen tvil om at selskapet som produserte Pandemrix, GlaxoSmithKline, hadde tett kontakt med Verdens helseorganisasjon i disse kritiske ukene i 2009, og tjente stort på den massive vaksineringsen som skjedde. Høyst sannsynlig var denne vaksineringsen viktig for å begrense smitten. På verdensbasis er det vanskelig å anslå hvor mange som døde, men anslagene sier at det var minst 151.700.¹³ I Norge anslås det at 32 personer døde av svineinfluensa.¹⁴

Samtidig var det tydelig at Pandemrix ble introdusert uten at tilstrekkelig testing hadde funnet sted. Elling Ulvestad og Lars Slørdal, professorer i henholdsvis immunologi og farmakologi, oppsummerer bivirkningene av Pandemrix, holdt opp mot en annen medisin fra samme produsent: «Analyser viser 5,9 ganger økt frekvens av alle typer bivirkninger, 9,6 ganger økt frekvens

9 Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005), 2011, s. 133, avsnitt 21.

10 Verdens helseorganisasjon, 2013; fase 5 er kjennetegnet av utbredt spredning av en ny infeksjonssykdom i minst to land i én region, mens fase 6 er kjennetegnet av at spredningen skjer i minst tre land i minst to forskjellige regioner.

11 Gjengitt i Law, 2010.

12 Se Law, 2010 for et argument om at viruset ikke var nytt. Merk at WHO skiller mellom H1N1 og A(H1N1), der H1N1 er et kjent influensavirus, mens A(H1N1) har sitt opphav i dyreinfluensavirus (flertall) som ikke er relatert («unrelated to») H1N1; se Verdens helseorganisasjon (udatert2).

13 Dawood mfl., 2012.

14 Olsen, 2023.

av alvorlige bivirkninger og 6,2 ganger økt frekvens av dødsfall i disfavør av Pandemrix.»¹⁵ Videre framholder de at data om bivirkninger ikke ble kommunisert, og at statlige innsyns- og kontrolloppgaver overfor produsenten ikke ble prioritert.

Dette viser at norske helsemyndigheter kan ha kryssende interesser og lojaliteter. De framstilte det som en solidaritetshandling i 2009 å ta vaksine, men ettertiden har vist at det å ta akkurat denne vaksinen hadde betydelige bivirkninger for noen. Burde denne konkrete situasjonen gjøre oss mer skeptiske til vaksiner generelt? De fleste vil si nei, i alle fall for vaksiner som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet, ut fra det faktum at alle vaksiner som inngår her, er grundig testet.

For haste-vaksineringer vil det kunne stille seg annerledes, og under COVID-19 var det steile fronter mellom dem som pekte på patentbeskyttede vaksiner som eneste løsning, og dem som understreket at også behandling var en mulighet. Noen av dem som pekte på behandling – primært med ivermectin, en lett tilgjengelig medisin der patentperioden har utløpt – var aktive vaksinemotstandere. Andre som støttet ivermectin, var leger eller forskere som bare ønsket å redde flest mulig liv. For disse må vi forstå det som et samvittighetsspørsmål å verbalt kjempe for at liv kunne bli reddet, der det å hindre tilgang til ivermectin ble hevdet å direkte hindre liv fra å bli reddet.¹⁶ De som var opptatt av å redde liv – også ved bruk av ivermectin – visste at argumenter om at ivermectin kunne ha effekt, ville møte krass motstand fra andre fagfolk; likevel var ivermectin-tilhengere villige til å ta denne belastningen.

15 Ulvestad og Slørdal, 2019, s. 2.

16 Ivermectin er et legemiddel mot parasitter, særlig brukt på dyr. Det er derfor i utgangspunktet ikke rimelig at en slik medisin skal ha effekt på en virusykdom som korona, men noen legemidler kan ha mer enn én effekt («dual effect»). Lawrie, 2022 er en forkjemper for at ivermectin har en slik effekt; se særlig 1:30-2:36 og 12:35-13:13. Lawrie kritiserer Andrew Hill, som fant klinisk effekt, men likevel ber om mer testing før godkjenning. Lawrie bidro til en såkalt metastudie som samlet funn fra andre studier om effekten av ivermectin; se Bugge 2021a; 2021b. For en oversikt over alle metastudier, der alle fant klinisk effekt, og der en ikke fant resultater som var statistisk signifikante, se Blomkvist 2021; for ytterligere to metastudier, se Reardon 2021, som viser til en studie som mistenkes for plagiat i note 1. Reardon peker på vanskeligheter med å teste ut forskning under en pandemi; andre, som Bugge (2021b), understreker: «Ivermectin er et av de absolutt tryggeste legemidlene vi har. Det har vært på markedet i nesten 40 år ...»

Potensialet for skade var også sentralt hos dem som argumenterte mot ivermectin.¹⁷ Disse pekte på at studiene om effekt ikke var gode nok, en drøfting som både krever medisinsk innsikt og innsikt i statistikk og slutningsstatistikk, altså når det er mulig å slutte fra funn for et utvalg til å kunne si noe om hele populasjonen.¹⁸

Det er alltid lett å være etterpåklok, mens helsemyndighetene må arbeide ut fra en føre-var-tilnærming, med mål om å begrense spredning av en pågående epidemi eller pandemi mest mulig effektivt. COVID-19-pandemien – som forskere mener vil bli en endemi, altså ikke forsvinne¹⁹ – har aktualisert både vaksinemotstand og fordelingen av vaksiner mellom land. Ifølge Verdens helseorganisasjon tok bare 81 % av Norges befolkning COVID-19-vaksiner. Noen mindre stater rapporterte om 100 % vaksinasjonsgrad; av stater med større folketall ligger Nicaragua, Cuba og Portugal øverst.²⁰ Distribusjonen i såkalte lavinntektsland, med en bruttonasjonalinntekt pr person på under 1045 US dollar, er markant lavere enn i andre grupper av land.

Det finnes imidlertid andre gode eksempler på stor vaksineinnsats rettet mot eksempelvis afrikanske land. Ebola er en virussykdom som rammet særlig vestafrikanske land i 2014–2015, og som fortsatt rammer Den demokratiske republikk Kongo.²¹ Da ebola-epidemien brøt ut, gikk vaksineforskere fra en rekke land sammen for raskest mulig å kunne tilby en vaksine som til da bare hadde blitt prøvd ut på dyr. Testing på mennesker var derfor nødvendig. Vaksinen ble funnet å være så effektiv at den ble tilbudt hele befolkningen i de

17 Direktoratet for medisinske produkter [tidl. Statens legemiddelverk], 2022; bygger på EU og USAs legemiddelverk, samt WHO, og skriver også: «Leger i Norge kan på eget ansvar bruke legemidler uten godkjent indikasjon når dette vurderes å være den beste løsningen i behandling av enkeltpasienter. Dette kalles «off label»-bruk, og vil også gjelde for ivermectin»; se også Karlsen, 2021.

18 Mest klargjørende hos Blomkvist, 2021.

19 Lavine mfl., 2021. Endemi brukes om en sykdom som (til stadighet) opptrer i ett eller flere avgrensede områder; merk at COVID-19 den 5. mai 2023 ikke lenger ble erklært som internasjonal folkehelsekrise; se Folkehelseinstituttet, 2023.

20 Verdens helseorganisasjon, 2024; for produksjon av Covid-19-vaksiner, se Statista, 2023 (kun noen stater).

21 Verdens helseorganisasjon, 2026; et mindre utbrudd skjedde i 2025; se US Centers for Disease Control and Prevention, 2025.

mest rammede landene, og var avgjørende for å hindre ytterligere spredning. Vaksinasjonen tilbys nå land som nylig har hatt ebola-utbrudd.

Bør Norge innføre obligatorisk vaksinerings?

En artikkel som drøfter argumenter mot og for obligatorisk deltakelse i vaksineprogrammet, har gitt hjelp til å skrive dette underkapitlet.²² Disse drøfter imidlertid bare det ordinære vaksinasjonsprogrammet og har ikke en drøfting av vaksinerings utenfor dette programmet, som Pandemrix-vaksineringsen i 2009. Ut fra det vi har sett om bivirkningene av denne konkrete vaksinen, ville konklusjonen for denne konkrete vaksinen antakelig ha blitt noe annerledes.

Det kan anføres fem argumenter *mot* obligatorisk barnevaksinerings innenfor barnevaksinasjonsprogrammet: (i) foreldrerettigheter; (ii) vern mot integritetskrenkelser; (iii) vekt på smitte og sykdommer som naturlige; (vi) mistillit til myndighetene; og (v) uten vaksine utvikles naturlig immunitet.²³ Forfatterne motsier alle disse argumentene, blant annet ved å vise til betydningen av flokk-immunitet, som også hjelper dem som ikke er vaksinert. De ikke-vaksinerte blir det som omtales som gratis-passasjerer, og kan unngå smitte ved at andre har valgt å vaksinere seg. Videre bruker de argumenter som solidaritet for å begrunne deltakelse i barnevaksinasjonsprogrammet.

Gamlund og kollegaene argumenterer også for at skadelige valg for seg selv kan aksepteres på en annen måte enn skadelige valg for sine barn. Denne argumentasjonen er parallell til den argumentasjonen norsk lov bygger på når barn under 18 år der foreldrene er Jehovas vitner, får blodoverføring – mot foreldrenes vilje – som ytterligere forklart i kapittel 2. Gamlund og kollegaenes argumentasjon for barnevaksinasjonsprogrammet er godt begrunnet. Spørsmålet er om denne argumentasjonen kan *direkte* overføres på motstand mot vaksiner utenfor barnevaksineringsprogrammet, som har hatt raskere

22 Gamlund mfl., 2020.

23 Gamlund mfl., 2020.

testing og blitt funnet å potensielt være skadelige, jf. Pandemrix-vaksinen i 2009 – narkolepsi – og AstraZenecas COVID-19-vaksine i 2021 – blodpropp. Andre har funnet at de såkalte mRNA-vaksinene, produsert av Pfizer og Moderna, kan starte skadelige prosesser i immunsystemet, en studie som ikke er bredt anerkjent.²⁴ Større pålitelighet har en studie av Trogstad og kollegaer ved Folkehelseinstituttet, som har funnet at koronavaksiner kan påvirke menstruasjonen, konkret kraftigere blødninger.²⁵

Gamlund og kollegaene gir tre argumenter for at det bør bli obligatorisk å delta i barnevaksineringsprogrammet: (i) hindre det å påføre andre skade; (ii) flokk-immunitet; og (iii) føre-var-tenkning. Særlig det å hindre skade på andre er sentralt. Den eneste rettmessige grunn til å utøve makt overfor andre er det å unngå å skade andre, ifølge nyttefilosofen (utilitaristen) John Stuart Mill.²⁶ Videre er det slik, mener Gamlund og kollegaene, at dersom en person faktisk blir smittet av en ikke-vaksinert person, er det ikke bare denne smittebæreren som er skyldig, men også de andre ikke-vaksinerte, som har bidratt til at sykdommen har kunnet spre seg.²⁷

Ikke overraskende foreslår forfatterne at barnevaksinasjonsprogrammet skal bli obligatorisk, og at det i prinsippet ikke skal være mulig å motsette seg deltakelse i dette.

24 Bhakdi og Burkhardt, 2021; merk at studien er begrenset til vevsprøver fra 15 døde personer, altså et svært lavt antall i medisinsk forskning; utvalget var ikke representativt, siden vevsprøvene var innsendt av pårørende som mistenkte COVID-vaksine som dødsårsak; studien er heller ikke publisert med fagfelle-godkjenning.

25 Trogstad mfl., 2023; se også Folkehelseinstituttet, 2022. Denne studien inngår sammen med 13 andre studier i en såkalt metastudie; se Nazir mfl., 2022. Den norske studien har ikke data for ulike typer koronavaksine, kun forskjeller mellom første og andre vaksiner.

26 Mill, 1859.

27 Gamlund mfl., 2020, s. 17.

Sikkerhetsventil for vaksinemotstandere, eller bør staten overprøve?

Dersom det blir en obligatorisk deltakelse i barnevaksineringsprogrammet, vil det fortsatt være mulig for foreldre å unndra deltakelse for sine barn. De kan melde til skolen at barnet er sykt de dagene vaksinerings skjer, eller på andre måter ta barna ut av klasserommet de dagene det er vaksinerings. Ved uenighet mellom foreldre om vaksinerings er det også mulig å klage. Det heter i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd – etter formuleringen om at begge foreldrene så langt som mulig skal få si sin mening – følgende:

En beslutning om slik helsehjelp kan påklages til statsforvalteren etter kapittel 7. Statsforvalteren kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelderens eller andre som har foreldreansvaret.

Det er altså i medhold av dagens lov mulig for den ene av foreldrene som motsetter seg at barnet skal få helsehjelp, å *utsette* slik helsehjelp ved å klage. Ut fra formuleringen er det bare det at barnet får helsehjelp, eksempelvis vaksinerings, som kan påklages. Det kan med hjemmel i dagens lov ikke påklages at barnet *ikke* får vaksine som helsehjelp. Når barnet blir 16 år og samtykke fra forelderens/foreldrene ikke lenger er nødvendig, hjemler § 7 i 2018-forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten full deltakelse i vaksinasjonsprogrammet.

For dem som sterkt motsetter seg vaksinerings, er slik klageadgang antakelig ikke nok til å ivareta samvittighetsfriheten. Klagerett er uansett en måte å bli hørt på og få formidlet sine standpunkter. For å unngå sykdomsspredning kunne det likevel være riktig å utforme en lovbestemmelse i form av et pålegg, for å ivareta de hensynene som Gamlund og kollegaene identifiserer som sentrale. Det er imidlertid vanskelig å se for seg en form for sanksjon mot dem som ikke etterlever et slikt pålegg. Norske helsemyndigheter tolererer at noen unndrar seg vaksinerings både innenfor og utenfor barnevaksineringsprogrammet.

Dersom loven skulle bli endret slik at det ikke opereres med en samtykkeformulering i loven for barns deltakelse i barnevaksinasjonsprogrammet – men det snarere tydeliggjøres at dette er en obligatorisk ordning – er det naturlig at det gis klageadgang.

Barns beste

Foreldrerettighetene i Norge er generelt sett sterke. Også muligheten til å unnta barn fra barnevaksinasjonsprogrammet er et eksempel på dette. Prinsippet om barns beste, anvendt på barnevaksinasjonsprogrammet, innebærer at det beste også for den enkelte er å være vaksinert. Å leve et helt liv med frykt for å pådra seg sykdommer fordi man ikke er vaksinert, kan forringe livskvaliteten. Dette gjelder særlig dersom man faktisk blir så syk at man enten får dårligere funksjonsevne eller til og med dør.

De fire prinsippene i Barnekonvensjonen ble løftet fram i drøftingen av surrogati i kapittel 5: Barns beste; ikke-diskriminering; utvikling og liv, altså nødvendig omsorg og beskyttelse; og rett til å bli hørt.²⁸ Dette siste prinsippet omfatter retten til å si sin mening, og at denne meningen skal bety noe. De fire prinsippene taler klart i retning av at det er problematisk at foreldrene kan unnta barna fra barnevaksinasjonsprogrammet.

Oppsummering

Gitt at den kvalifiseringen av samvittighetsfrihet som løftes fram i kapittel 2 aksepteres, nemlig sterke og dyptfølte overbevisninger mot å handle slik at ens handlinger *rammer andre*, er det vanskelig å se at vaksinereservasjon utgjør en reell samvittighetsfrihet. Det norske lovverket tillater at foreldre kan ta barna helt ut av barnevaksinasjonsprogrammet. Vi må anta at de fleste av disse foreldrene er av den oppfatning at det er vaksinen som er skadelig for barna.

Det oppstår spesielle utfordringer dersom begge har foreldreansvar, og den ene *ikke* ønsker vaksiner, mens den andre ønsker vaksiner. Vi har imidlertid sett at beslutning om vaksine kan påklages av den som ikke ønsker at barnet skal få vaksine; klagen behandles av statsforvalteren.

Det er mulig å argumentere ulikt for vaksiner innenfor barnevaksineringsprogrammet og vaksiner utenfor dette programmet, noe som også reflekteres i de ulike formuleringene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 andre ledd og tredje ledd.

28 Redd Barna, udatert.