Høringssvar – forlengelse av reglene om koronasertifikat
Koronasertifikat er unødvendig og etisk betenkelig. Begrunnelsen er juridisk preget av overfladiske begrunnelser og selektiv utvelgelse av rettskilder for å rettferdiggjøre lovstridige inngrep i borgernes friheter.

Jeg mener det er brudd på lover og menneskerettigheter at hastegodkjente vaksiner skal tvinges på folk, og at de som ikke ønsker dette skal kunne nektes samvær med andre, jobb og lønn og pålegges å «oppholde seg innenfor bestemte områder». At dette skal gjelde alle som er uvaksinerte samt de som til enhver tid hver tid ikke er «up to date» med siste dose, og/eller sier stopp, jeg vil ikke ha flere doser, vil medføre overgrep på individets frihet, rett til å bestemme over egen kropp samt sterk segregering i samfunnet.
Og alt dette til tross for att FHI ikke anbefaler koronasertifikat som tiltak mot smitte, og flere andre land nå har gått fullstendig bort fra bruk av dem.

Jeg sier støtter høringssvaret kopiert inn under, skrevet av forskere, leger og vitenskapsfolk med stor ekspertise og tyngde inne temaet.

Mvh Sita Pettersen

«Undertegnede for dette høringssvaret er alle aktive forskere innen medisinens vitenskapsteori, offentlig styring og etikk ved Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen. I kraft av vår ekspertise har vi vurdert høringsnotatet med særlig fokus på spørsmålet om en forlengelse av koronasertifikatordningen er forenlig med smittevernlovens bestemmelse (§1-5) om at smitteverntiltak skal være basert i en «klar medisinskfaglig begrunnelse».
I vår vurdering tar vi også stilling til spørsmålet om en forlengelse av ordningen kan bryte med det grunnlovsnedfelte diskrimineringsvernet i Norge. Vi overlater her de rent juridiske betraktningene til våre kolleger ved juridiske fakulteter i Norge.
Vi skal imidlertid nedenfor argumentere for at en forlengelse av ordningen har så store kunnskapsteoretiske mangler at dette i seg selv er nok til å fraråde den. Vi ber derfor om at forslaget trekkes i sin helhet. I det følgende forklarer vi hvorfor:
1.
Høringsnotatet vier stor plass til departementets distinksjon mellom «smitteverntiltak» og «dokumentasjon», der det er et hovedpoeng å argumentere for at et koronasertifikat, forstått som dokumentasjon over vaksinasjonsstatus mot SARS-CoV-2, gjennomgått covid-19-sykdom og eventuelt status for nylig gjennomgått SARS-CoV-2-test, kun er «dokumentasjon» og således ikke et smitteverntiltak i seg selv. Denne distinksjonen kan man selvfølgelig gjøre for å understreke at det ikke finnes en automatisk sammenheng mellom eksistensen av et

koronasertifikat og anvendelsen av sertifikatet i praktiske og konkrete sammenhenger. Men man må forstå at distinksjonen ikke er et nøytralt grep, for den foregir et skille mellom nøytral kunnskap på den ene siden (koronasertifikatet) og en verdibasert handling på den andre siden (beslutning om differensiert smitteverntiltak). Dette er en tendensiøs beskrivelse av saksforholdet. En riktigere beskrivelse er at koronasertifikatet med den spesifikke informasjonen som det er valgt å inkludere, virker sterkt førende for beslutningssituasjonen når differensierte smitteverntiltak skal utformes. Vi kan enkelt illustrere dette med et eksempel: Man kunne ha innført et koronasertifikat som viste følgende tre variabler: alder, status for gjennomgått covid-19-sykdom og plassering etter FHIs risikogrupper (lav/middels/høy risiko). Ut fra det som er kjent om betydning av alder og annen underliggende sykdom for forløpet av covid-19, er det rimelig å hevde at en slik stratifisering av befolkningen er bedre egnet til å redusere individuell risiko gjennom differensierte smittevernstiltak enn det eksisterende koronasertifikatet. Det påtakelige er at høringsnotatet ikke viser noen kjennskap til denne problemstillingen, nemlig det som man i vitenskapsteorien ville si slik: Valg av variabler for stratifisering er verdiladd og virker strukturerende på handlingsvalgene som har sin støtte i stratifiseringen.

2.

Høringsnotatet lykkes i å få fram et poeng godt: Smitteverntiltak som griper inn i individuelle rettigheter, er ulovlige med mindre de har klar medisinskfaglig begrunnelse etter smittevernloven. De må være forholdsmessige, og grunnlovens diskrimineringsvern tilsier videre at de ikke må utgjøre en usaklig forskjellsbehandling. Men et koronasertifikat basert på de tre variablene vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom og teststatus, og ikke noe mer, kan nettopp ikke unngå usaklig forskjellsbehandling all den tid beste medisinskfaglige kunnskap er at det fins flere andre determinanter som gir høy prediksjonskraft for det som i høringsnotatet kalles «individuell risiko». Handlingskonteksten som høringsnotatet sentrerer seg om, er en framtidig situasjon der formålet med differensierte smittevernstiltak er å innskrenke individuelle rettigheter for grupper av individer for å redusere deres «individuelle risiko». Dette er dels (implisitt) begrunnet paternalistisk, dels (implisitt) begrunnet med belastningen disse individene vil utgjøre pga. sykehusinnleggelser (s. 27). Notatet går overhodet ikke inn i de medisinsk-etiske problemene som disse implisitte begrunnelsene reiser; vi skal så vidt kommentere dem nedenfor. Vårt hovedpoeng her er at et koronasertifikat med kun de tre valgte variablene, vil føre til dårlig underbygd forskjellsbehandling. Igjen vil enkle eksempler kunne vise dette. Ser vi på FHIs risikoinformasjon for omikron-varianten, ville differensierte smitteverntiltak rettet mot eldre over 65 år og personer med kroppsmasseindeks over 35, kunne hatt større effekt for total sykdomsbyrde enn tiltak rettet mot uvaksinerte i lav risikogruppe under 40 år. På samme måte som høringsnotatet tenker seg at det kan bli nødvendig å frita vaksinerte fra smitteverntiltak, kan det også bli nødvendig å frita grupper definert av alder, kjønn og sykdomsstatus. Den kunnskapsteoretiske feilen man her har gjort, er at man har sett seg blind på at uvaksinerte har høyere relativ risiko enn vaksinerte i alle aldersgrupper. Den absolutte risikoen er imidlertid så lav i de yngste aldersgruppene at friske uvaksinerte unge har hatt klart lavere risiko enn vaksinerte eldre og/eller personer med relevant underliggende sykdom. Det at vi har denne kunnskapen, gjør at designet av det eksisterende koronasertifikatet ikke har en klar medisinskfaglig begrunnelse og at det diskriminerer på bakgrunn av mangelfullt / usaklig kunnskapsgrunnlag.

3.
For at et hypotetisk koronasertifikat derfor skulle kunne stå seg mot grunnlovens krav om saklig forskjellsbehandling og smittevernlovens krav om basis i medisinskfaglig begrunnelse, måtte det basere seg på beste medisinskfaglige kunnskap om hva som predikerer sykdomsforløp. Alder og sykdomsstatus måtte definitivt tas med. Kjønn synes også være en signifikant prediktor. Vi må også påregne at forskningsresultater raskt kommer til om forhold som ernæringsstatus, risikoatferd, røykestatus m.m. Gitt at den paternalistiske begrunnelsen skulle være sterk nok – det vil si, at det legitimt skal være Statens ansvar å beskytte individene mot sin egen atferd under covid-19-pandemien ved å innskrenke friheter som funksjon av individuell risiko – er den eneste muligheten for å unngå usaklighet, at koronasertifikatet korrekt representerer gjeldende kunnskapsstatus på feltet. Men vi advarer på det sterkeste mot en slikt «totalsertifikat» fordi det vil utgjøre en radikalt mer detaljstyrende og paternalistisk praksis på individnivå enn vi noensinne har sett i Norge. Den norske staten gjør et aktivt folkehelsearbeid der bærebjelkene er folkeopplysning og visse allmenne begrensninger, bl.a. restriksjoner på salg av alkohol og tobakk. Vi har imidlertid aldri hatt tradisjon for å kreve dokumentasjon på at man ikke har et alkoholproblem ved alkoholsalg, annet enn at man ikke kan være beruset ved i kjøpsøyeblikket. Vi har også hatt en stolt tradisjon der personer som får livsstilsrelaterte sykdommer, ikke klandres for at de beslaglegger kapasitet i helsevesenet. Å begynne å frata individer lovfestede rettigheter på grunn av en nitid kalkulering av deres individuelle helserisiko, er å åpne opp handlingsrom i norsk helselovgivning som vi aldri før har sett. Det åpner også opp for paradoksale bivirkninger hvor faren for stigmatisering kun er én av flere. Et viktig prinsipp i norsk folkehelsearbeid er salutogenese, det vil si det å arbeide for at individene selv skal kunne ta gode valg og ta godt vare på egen helse. Innskrenking av rettigheter basert i en multivariat stratifisering av befolkningen vil rimeligvis undergrave dette prinsippet, og kunnskapsgrunnlaget man bygger opp vil typisk også være blind for denne dimensjonen. Dette har vært framført gjentatte ganger som forklaring når modellprediksjoner for koronasmitte har bommet og grovt overestimert smittespredningen. Eksponentiell spredning er en mekanisk prosess, mens i et samfunn er det slik at mennesker observerer, kommuniserer, lærer og tar seg sine forholdsregler også uten påbud fra myndighetene. Det er et svært farlig eksperiment å undergrave denne beredskapen i befolkningen selv.
Vi har her valgt å fokusere på noen få, men store svakheter og mangler i forslaget om forlengelse av ordningen med koronasertifikat. La oss til slutt påpeke et forhold som vi finner bekymringsverdig. Høringsnotatet er ikke et kortfattet dokument. Det går over 40 sider før selve forslaget, og det bruker mye tid på å liste opp relevante dimensjoner (lover, relevante forhold, hensyn m.m.). Samtidig skjer det minimalt med substansiell drøfting i dokumentet. Argumentasjonen tar stort sett formen: «Her fins det ulike hensyn å ta, men hensyn X veier tyngst» uten at leseren får vite stort om grunnene for de konkrete avveiningene. De relativt opplagte problemene vi har beskrevet ovenfor i vårt høringssvar, glimrer fullstendig med sitt fravær. Det er som om man ikke er klar over de medisinsk-etiske og kunnskapsteoretiske spørsmålene. Dette forundrer oss, for spørsmålene har vært tydelig til stede i offentligheten i snart to år nå, og de har vært målbrakt gjentatte ganger av FHI. Et vesentlig poeng her må være at en ‘klar medisinskfaglig begrunnelse’ står seg i møte med et mangfold av relevante og informerte perspektiver og en oppdatert kunnskapsbase. Slik vi ser det, er den mest rimelige tolkningen av ‘en klar medisinskfaglig begrunnelse’, hvis vi bruker argumentasjonsformen i høringsnotatet som standard, at kravet nærmest er å

oppfatte som en retorisk formalitet, dvs., at kravet er innfridd hvis Helsedirektoratet produserer en begrunnelse. Koronakommisjonen hadde tydelige anbefalinger om behovet for forbedret saksbehandling i håndteringen av covid-19-pandemien. Dessverre representerer det foreliggende høringsnotatet et tilbakeskritt i så måte. Vi frykter at kombinasjonen av uuttalte normative premisser og manglende drøfting om særs alvorlige og dyptgripende spørsmål som angår grunnleggende rettigheter underminerer tilliten til helsemyndighetene og legger til rette for økt polarisering av samfunnsdebatten.

Vi gjentar vår hovedkonklusjon: Vi ber om at dette forslaget trekkes i sin helhet.

Bergen, 28. februar 2022

Roger Strand, professor dr. scient., Senter for vitenskapsteori og Centre for Cancer Biomarkers, Universitetet i Bergen

Caroline Engen, postdoktor, PhD, Senter for vitenskapsteori og Neuro-SysMed, Universitetet i Bergen og lege i spesialisering, Helse Bergen

Jan Reinert Karlsen, Førsteamanuensis, PhD, Senter for vitenskapsteori og Neuro-SysMed, Universitetet i Bergen

Kjetil Rommetveit, Førsteamanuensis, PhD. Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

Anne Bremer, forsker, PhD, Senter for vitenskapsteori og Centre for Cancer Biomarkers, Universitetet i Bergen»