



VEIDOS

ANMÄLAN

Riksdagens ombudsmän – JO
Box 16327
103 26 Stockholm

14 december 2020

Anmälan av Folkhälsomyndigheten

Den ideella föreningen Veidos anmäler härmed Folkhälsomyndigheten till JO enligt följande.

1 BAKGRUND

- 1.1 Den 11 mars 2020 förklarade Världshälsoorganisationen (WHO) en pandemi i s.k. covid-19, den av coronaviruset SARS-CoV-2 (2019-nCoV) orsakade sjukdomen.
- 1.2 I smittskyddslagen (2004:168) ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor. Det är Folkhälsomyndigheten som har ansvaret för smittskyddet. Enligt 1 kap. 7 § smittskyddslagen ansvarar Folkhälsomyndigheten för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet.
- 1.3 I en hemställan till regeringen den 31 januari 2020 begärde Folkhälsomyndigheten att det nya coronaviruset 2019-nCoV klassas som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen.
- 1.4 Den 2 februari 2020 klassades covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom genom förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV. Sedan den 1 juli 2020 är denna förordning upphävd och är covid-19 istället direkt listad i bilagorna 1 och 2 till smittskyddslagen.
- 1.5 I en odaterad hemställan från Folkhälsomyndigheten ”om föreskrifter för att begränsa samhällspridning av covid-19” begärde myndigheten att regeringen ”överväger att inom sitt bemyndigande enligt 2 kap. 15 ordningslagen föreskriva om att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar tills vidare inte får hållas.” Enligt telefonuppgift från Anneli Magnusson på Folkhälsomyndigheten skickades hemställan till regeringen den 11 mars 2020.

VEIDOS – hälso- och kunskapscentrum

Vaksalagatan 45
753 31 Uppsala
018-843 89 00
info@veidos.nu

Vegagatan 10
412 09 Göteborg
072-191 34 87
janne@veidos.nu

Org.nr 802443-8585
Moms nr SE802443858501
Swish 123 205 6216
Bankgiro 362-7569

www.veidos.nu



VEIDOS

- 1.6 Med hemställan som grund beslutade regeringen om förordningen (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar (s.k. förbudsförordningen). Förordningen trädde ikraft den 12 mars 2020. Förordningen begränsar tillsviare antalet deltagare vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar i Sverige. Sedan Folkhälsomyndigheten den 27 mars 2020 gjort en förnyad hemställan till regeringen, begränsades antalet deltagare ytterligare. Den 24 november 2020 ändrades förordningen igen. Numera gäller enligt förordningens första paragraf att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler än åtta deltagare inte får hållas inom Sverige.
- 1.7 Regeringen har nyligen lämnat förslag på en Covid-19-lag som skall träda i kraft den 15 mars 2021. Lagen skall ersätta nämnda förbudsförordning och innehåller därutöver möjligheter att införa vida begränsningar av en stor del av vårt samhälle.
- 1.8 De nuvarande och föreslagna inskränkningarna som vidtas av såväl Folkhälsomyndigheten som regeringen baseras på antagandet att det finns en bekräftad epidemi av covid-19 i Sverige. Frågan är då på vilken grund dessa antaganden vilar.

2 DIAGNOSTICERING AV COVID-19

- 2.1 Det stora flertalet tester som har använts för att påvisa covid-19 hos medborgarna i Sverige är s.k. PCR-tester; de utgör ca 85 % av alla utförda tester.
- 2.2 WHO publicerade i januari 2020 en metodbeskrivning för hur PCR-test för påvisande av covid-19 skall utföras genom att hänvisa till en rapport av den 17 januari 2020 (Corman et al) som publicerades i tidskriften Eurosurveillance den 23 januari 2020 (se [bilaga 1](#)). Som svar på sin egen fråga ”Vilken metod har Folkhälsomyndigheten för att påvisa nukleinsyra av SARS-CoV-2?” anges att ”Folkhälsomyndigheten använder sig av den metod som WHO rekommenderar”, varvid hänvisas till nyssnämnda rapport (se [bilaga 2](#)).
- 2.3 Nu till frågan om PCR-testernas tillförlitlighet. Folkhälsomyndigheten skriver följande under rubriken *Sammanfattning* i myndighetens skrift *Användning av PCR för påvisning av pågående covid-19, en teknisk vägledning* (se [bilaga 3](#), s.7):

”PCR används för att påvisa pågående covid-19 och det finns såväl egenutvecklade tester som kommersiella att tillgå. PCR-testets prestanda, framför allt dess känslighet och specificitet, är avgörande för att ge tillförlitliga resultat. Olika krav kan ställas på testets prestanda beroende på testningens syfte och det angivna användningsområdet. I vissa sammanhang är hög känslighet viktigast, medan det i andra är testets specificitet som är avgörande.

Prestandan påverkas av många olika faktorer och den utvärderas och säkerställs genom validering och kliniska studier. Även för tester med mycket hög prestanda

finns risk för felaktiga resultat i signifikant omfattning när testningen sker i stor skala. PCR har en ökad risk för falskt positiva resultat på grund av bland annat ospecifik amplifiering och bildning av dimers vid höga Ct-värden. En särskild utmaning är därför tolkning av provresultat med höga Ct-värden. Dels på grund av risken för falsk positivitet, men även eftersom virusmängden och därmed Ct-värdet varierar under infektionsförloppet, mellan olika provmaterial, mellan olika tester och beroende på hur väl provtagningen lyckats. [vår kursivering]

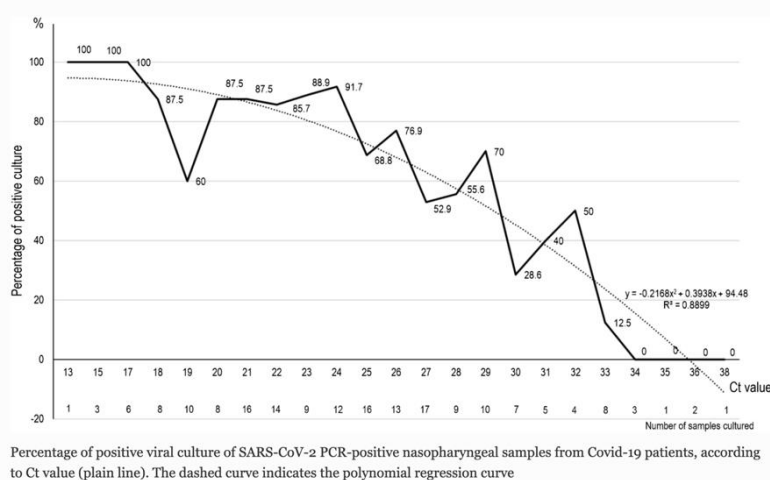
Laboratorieresultat behöver vara så exakta som möjligt. Felaktiga resultat kan ge stora konsekvenser för samhället, hälso- och sjukvården och personen som drabbas. Det är viktigt att laboratoriet vidtar åtgärder som minskar risken för felaktiga resultat. God mikrobiologisk praxis, användning av kontroller som säkerställer att alla analyssteg fungerar på det sätt som definierats i valideringen och rutiner för analys och tolkning av resultat nära testets detektionsgräns är exempel på åtgärder som kan vidtas.”

- 2.4 Vägledningen tar visserligen upp några av de problem som förekommer hos PCR-testerna, men den ledning som ges är allmän och innehåller inga specifika anvisningar i fråga om t.ex. Ct-värden. Folkhälsomyndigheten har även tagit fram en *Kravspecifikation för upphandling av laboratorieanalys för påvisning [av] pågående covid-19 infektion* (se [bilaga 4](#)) som på liknande sätt ställer krav som är självklara och därför allmänna i förhållande till laboratorerna. Som kommer att framgå längre fram gällande de brister som finns i den av WHO anvisade metoden för PCR-tester, kan Folkhälsomyndighetens allmänna vägledning eller kravspecifikation inte råda bot på alla förekommande brister i metoden. På vår fråga uppger Karin Tegmark Wisell, avdelningschef på Folkhälsomyndigheten, att myndigheten inte har ett kontrollansvar över hur laboratorerna utför PCR-testerna. Hon uppger även att laboratorerna har egenansvar och står under andra myndigheters tillsyn samt att Folkhälsomyndigheten inte har uppgifter om hur PCR-testutförarna faktiskt utför testerna.
- 2.5 Så här skriver Magnus Lindh (sektionschef, överläkare, professor, klinisk mikrobiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset) i artikeln ”Ct-värden bör beaktas vid tolkning av PCR-resultat” som publicerades i Läkartidningen (se [bilaga 5](#)).
- 2.6 ”Nästan all påvisning av sars-cov-2 görs med realtids-PCR. En målgen kopieras då genom upphettning och nedkylning i 45 cykler och varje reaktion följs med en kamera.”...”Falskt positiva resultat är vanligen ett litet problem vid realtids-PCR, men kan få stor betydelse vid storskalig testning av individer utan misstänkt infektion.” ... ”Falskt positiv reaktion visar sig i regel som ett Ct-värde över 37 och är ofta omöjlig att skilja från sant positiv reaktion i ett prov med låg virusnivå.”... ”På klinisk mikrobiologi, Sahlgrenska, tolkas PCR-resultatet med ledning av Ct-värdet, vilket rapporteras till beställande läkare. Ct-värdet kan användas för att skatta risken för att resultatet representerar en falskt positiv reaktion eller för att bedöma smittrisk [6]. Genom att prov med Ct-värden över 38 besvaras som negativa kan effekter av falskt positiva resultat undvikas. Resultat med Ct 36–38 bedöms som inte säkert positiva och den som provtagits bedöms som inte smittsam.”

- 2.7 Vilket Ct-värde som används vid PCR-testernas utförande är alltså helt centralt för om dessa är tillförlitliga eller inte. Frågan om deras tillförlitlighet har blivit föremål för domstolsprövning i Portugal. I en dom den 11 november 2020 meddelad av överrätten i Lissabon, underkändes karantänen av individer som testat positiva med ett PCR-test (originaldomen på portugisiska, se [bilaga 6](#)). Domstolen citerar Jaafar et al. (se [bilaga 7](#)) och skriver följande om PCR-testerna:
- 2.8 "Baserat på den för närvarande tillgängliga vetenskapliga bevisen för detta test [PCR-test] kan det av sig självt inte fastställa bortom rimligt tvivel att positivitet i verkligheten motsvarar infektion av SARS-CoV-2 virus, av flera skäl, bland vilka två är av största vikt (till vilka man skulle behöva lägga till frågan om *gold standard*, vilket, på grund av den frågans specificitet, inte kommer att behandlas här): testets tillförlitlighet beror på antalet cykler som används; testets tillförlitlighet beror på den förekommande virusmängden."
- 2.9 Domstolen underkände alltså PCR-test som görs med ett Ct-värde på 35 eller högre. Den forskningsrapport som domstolen åberopar, Jaafar et al, är baserad på 250 566 SARS-CoV-2 RT-PCR-tester. I rapporten står följande att läsa: "It can be observed that at CT=25, up to 70 % of patients remain positive in culture and that at Ct=30 this value drops to 20 %. At Ct=35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive."
- 2.10 En annan forskningsrapport som utgick från 4 384 PCR-tester kom till ett liknande resultat (se [bilaga 8](#)). I nedanstående graf från rapporten visas antalet positiva resultat i relation till Ct-värdet. "On the basis of this data, we can deduce that with our system, patients with Ct values equal or above 34 do not excrete infectious viral particles."

Fig. 1

From: [Viral RNA load as determined by cell culture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectious disease wards](#)



- 2.11 Dr Anthony Fauci, USA:s motsvarighet till vår statsepidemiolog Anders Tegnell, har på en direkt fråga om Ct-värdet sagt att man inte kan kultivera virus vid ett tröskelvärde på 37, redan vid Ct-värdet 36 finner man enbart "dead nucleotides". (Se dr Fauci uttala sig



5 min in i följande video:
https://www.youtube.com/watch?v=X2pDw0_6EWI&app=desktop

2.12 Den 26 november 2020 skickade ett internationellt konsortium bestående av 22 oberoende internationella forskare en begäran till redaktörerna på Eurosurveillance om att avpublicera rapporten av Corman et al. Detta är alltså den rapport som WHO hänvisar till som beskrivning av den metod som skall användas vid PCR-tester för SARS-CoV-2 tillika den metod som Folkhälsomyndigheten enligt egen uppgift tillämpar. Rapportens titel är ”External peer review of the RTPCR test to detect SARS-cov-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results”. Rapporten är på närmare 90 sidor (se [bilaga 9](#)) och finns publicerad på en för ändamålet särskilt upprättad webbplats: <https://cormandrostenreview.com/report/>. Nedan återges rapportens sammanställning med de tio mer allvarliga felen och något om Ct-värden.

”The Corman-Drosten paper contains the following specific errors:

1. There exists no specified reason to use these extremely high concentrations of primers in this protocol. The described concentrations lead to increased nonspecific bindings and PCR product amplifications, making the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.
2. Six unspecified wobbly positions will introduce an enormous variability in the real world laboratory implementations of this test; the confusing nonspecific description in the Corman-Drosten paper is not suitable as a Standard Operational Protocol making the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.
3. The test cannot discriminate between the whole virus and viral fragments. Therefore, the test cannot be used as a diagnostic for intact (infectious) viruses, making the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus and make inferences about the presence of an infection.
4. A difference of 10° C with respect to the annealing temperature T_m for primer pair1 (RdRp_SARSr_F and RdRp_SARSr_R) also makes the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.
5. A severe error is the omission of a Ct value at which a sample is considered positive and negative. This Ct value is also not found in follow-up submissions making the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.
6. The PCR products have not been validated at the molecular level. This fact makes the protocol useless as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.



7. The PCR test contains neither a unique positive control to evaluate its specificity for SARS-CoV-2 nor a negative control to exclude the presence of other coronaviruses, making the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.

8. The test design in the Corman-Drosten paper is so vague and flawed that one can go in dozens of different directions; nothing is standardized and there is no SOP [Standard Operation Procedure, *vår anmärkning*]. This highly questions the scientific validity of the test and makes it unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.

9. Most likely, the Corman-Drosten paper was not peer-reviewed making the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.

10. We find severe conflicts of interest for at least four authors, in addition to the fact that two of the authors of the Corman-Drosten paper (Christian Drosten and Chantal Reusken) are members of the editorial board of Eurosurveillance. A conflict of interest was added on July 29 2020 (Olfert Landt is CEO of TIB-Molbiol; Marco Kaiser is senior researcher at GenExpress and serves as scientific advisor for TIB-Molbiol), that was not declared in the original version (and still is missing in the PubMed version); TIB-Molbiol is the company which was “the first” to produce PCR kits (Light Mix) based on the protocol published in the Corman-Drosten manuscript, and according to their own words, they distributed these PCR-test kits before the publication was even submitted [20]; further, Victor Corman & Christian Drosten failed to mention their second affiliation: the commercial test laboratory “Labor Berlin”. Both are responsible for the virus diagnostics there [21] and the company operates in the realm of real time PCR-testing.

In light of our re-examination of the test protocol to identify SARS-CoV-2 described in the Corman-Drosten paper we have identified concerning errors and inherent fallacies which render the SARS-CoV-2 PCR test useless.

...

“The number of amplification cycles

It should be noted that there is no mention anywhere in the Corman-Drosten paper of a test being positive or negative, or indeed what defines a positive or negative result. These types of virological diagnostic tests must be based on a SOP, including a validated and fixed number of PCR cycles (Ct value) after which a sample is deemed positive or negative. The maximum reasonably reliable Ct value is 30 cycles. Above a Ct of 35 cycles, rapidly increasing numbers of false positives must be expected.



PCR data evaluated as positive after a Ct value of 35 cycles are completely unreliable.

Citing Jaafar et al. 2020 [3]: “At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive.” In other words, there was no successful virus isolation of SARS- CoV-2 at those high Ct values.

Further, scientific studies show that only non-infectious (dead) viruses are detected with Ct values of 35 [22].

Between 30 and 35 there is a grey area, where a positive test cannot be established with certainty. This area should be excluded. Of course, one could perform 45 PCR cycles, as recommended in the Corman-Drosten WHO-protocol (Figure 4), but then you also have to define a reasonable Ct-value (which should not exceed 30). But an analytical result with a Ct value of 45 is scientifically and diagnostically absolutely meaningless (a reasonable Ct-value should not exceed 30). All this should be communicated very clearly. It is a significant mistake that the Corman-Drosten paper does not mention the maximum Ct value at which a sample can be unambiguously considered as a positive or a negative test-result. This important cycle threshold limit is also not specified in any follow-up submissions to date.”

- 2.13 Den rapport som innehåller beskrivningen av den metod som tillämpas av Folkhälsomyndigheten vid PCR-tester för SARS-CoV-2, är alltså så full av fel och brister – bl.a. har två av medförfattarna, bl.a. Christian Drosten, inte uppgett att de sitter i redaktionsstyrelsen för Eurosurveillance, d.v.s. den tidning som har publicerat deras rapport, liksom att flera medförfattare har ekonomiska intressen avseende försäljning av just PCR-tester – att 22 oberoende forskare har funnit det nödvändigt att gå samman för att begära dess avpublicering ”*In light of all the consequences resulting from this very publication for societies worldwide*”. Ifråga om Ct-värden anges att ”PCR data evaluated as positive after a Ct value of 35 cycles are completely unreliable.”
- 2.14 Det sistnämnda konstaterandet har också bekräftats, om än uttryckt i mer allmänna ordalag, av biokemisten tillika nobelpristagaren Kary Mullis (1944–2019), vid ett tillfälle då han fick frågan om PCR kan missbrukas. Han svarade: ”*With PCR, if you do it well, you can find almost anything in anybody...If you can amplify one single molecule up to something that you can really measure, which PCR can do, then there’s just very few molecules that you don’t have at least one single one of them in your body*”. Och Kary Mullis borde veta för han fick sitt nobelpris i kemi för uppfinnandet av just PCR-testet (se [bilaga 10](#) och <https://www.youtube.com/watch?v=iWOJKuSKw5c>)
- 2.15 Folkhälsomyndigheten har inte upphört att tillämpa den av Corman-Drosten anvisade metoden för utförande av PCR-tester utan har nöjt sig med ovannämnda allmänt hållna vägledning respektive kravspecifikation. Att dessa skrivelser inte kan råda bot på alla förekommande brister i metoden framgår av det ovan citerade uttalandet i Läkartidningen av Magnus Lindh, som alltså är sektionschef, överläkare, professor,



VEIDOS

klinisk mikrobiologi vid Sahlgrenska universitetssjukhus: ”Genom att prov med Ct-värden över 38 besvaras som negativa kan effekter av falskt positiva resultat undvikas. Resultat med Ct 36–38 bedöms som inte säkert positiva och den som provtagits bedöms som inte smittsam.” Men vi vet att det enligt forskarna är 97 % falska positiva testsvar redan vid Ct-värdet 35! Och då skall man minnas att detta är ett laboratorium på ett universitetssjukhus och inte ett privat sådant.

- 2.16 Vi menar att man i en rättsstat omöjligt kan hålla fast vid det underlag som producerats med användning av PCR-testerna med vetskap om de allvarliga fel och brister som finns i den metod som ger anvisningar om hur dessa tester skall utföras, särskilt som Folkhälsomyndigheten inte har uppgifter om det Ct-värde som i praktiken har använts vid utförandet av PCR-testerna och med beaktande av de uppgifter om Ct-värde som har lämnats av Sahlgrenska. Trots detta utsätter man hela svenska folket för ett oerhört lidande genom alla olika begränsningar som redan vidtagits såsom smittskyddsåtgärder och mer ingripande åtgärder är föreslagna.

3 BESLUT I STRID MOT OBJEKTIVITETSPRINCIPEN

- 3.1 I 1 kap. 9 § RF stadgas bl.a. att förvaltningsmyndigheter i sin verksamhet skall iaktta saklighet och opartiskhet. Enligt 1 kap. 4 § smittskyddslagen skall smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- 3.2 Med hänsyn till den beskrivning som ges ovan gör vi gällande att Folkhälsomyndigheten i strid med såväl bestämmelsen i regeringsformen som smittskyddslagen grundar sitt underlag för smittskyddsåtgärder på en metod vars tillämpning för att diagnosticera SARS-CoV-2 av 22 oberoende forskare har konstaterats vara ”useless.” Trots kännedom om dessa brister fortsätter Folkhälsomyndigheten att tillämpa den av Corman-Drosten anvisade metoden med de oerhörda negativa konsekvenser detta har för hela svenska folket. För detta skall Folkhälsomyndigheten kritiseras.

4 AVSLUTNING

- 4.1 Konsekvenserna av falska positiva testsvar var drivkraften för att 22 forskare gick samman för att visa på de omfattande och allvarliga fel som PCR-metoden för testning av covid-19 är behäftad med. Med rätta har de därför krävt avpublicering av rapporten av Corman et al, även kallad Corman-Drosten. På forskarkonsortiets nätplats finns en mycket upplysande och klagörande artikel med beskrivning av de konsekvenser som följer på falska positiva svar. Med hänsyn till artikelns relevans i detta fall avslutar vi med att återge större delen av artikeln.

“The consequences of false positives

“It seemed in January that the world was facing an impending epidemic caused by a deadly new virus and that a swift response based on inevitably limited data was of



the utmost importance to avert a potential global catastrophe. One of the most important tools in this fight to detect, isolate and suppress the virus is the PCR test. The Charité Institute of Berlin led by Prof. Drosten was quick to recognise the extreme seriousness of the situation and developed the first PCR test protocol to detect the SARS-CoV-2 virus in record time. This was simultaneously selected and recommended by the WHO and became the global first line of defense.

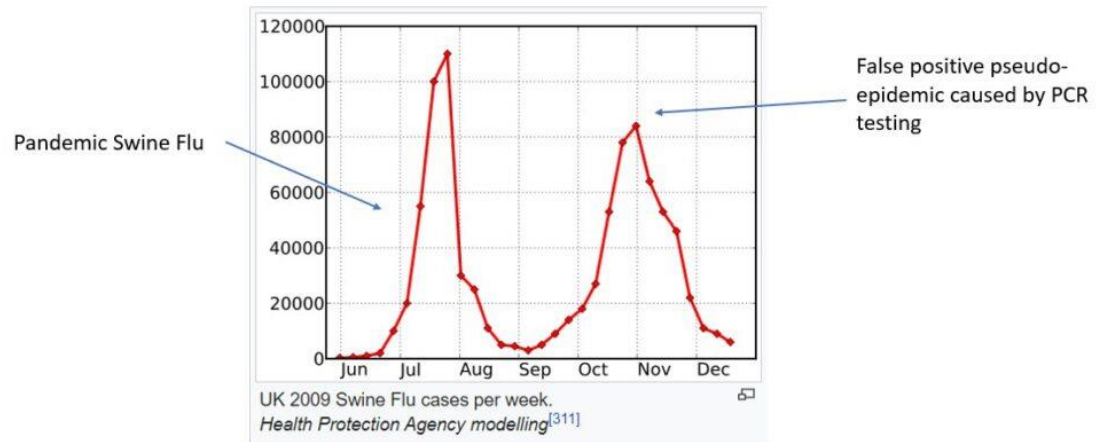
Eleven months into the pandemic we have now learned much more about the virus and the multitude of PCR test variants made possible by the Corman-Drosten protocol. Flaws in the test protocol have become increasingly clear and our review report addresses these tremendous concerns.

Additionally alarming, and especially pertinent to this argument, as the PCR test has impacted all levels of global society as perhaps no test has ever done before, are the unforeseen consequences caused by the rise in PCR cases. Over one hundred governments have used these results to apply unprecedented measures to control transmission; such as lockdowns which have irreparably impacted millions of lives and livelihoods and direct attacks on people's basic rights and personal freedoms, further resulting in catastrophic damages for entire economies.

In the literature of PCR testing, it is known that there are many dangers, such as operational false positives that can lead to misinterpretation of the test results. For this reason it is recommended by Kurkela et al. [1] that PCR should only ever be used in tandem with a clinical diagnosis of infection based on symptoms. Finally, there are documented occurrences of misinterpretation that have led to phantom pandemics, e.g. the 2004-2006 Respiratory illness outbreak mistakenly attributed to Pertussis via use of PCR testing [2].

Note that these dangers are multiplied by the promoted industrial scale use of PCR for whole population screening. To put this in perspective, the CD paper describes how 4 out of 310 tests returned false positives (i.e. a rate of 1.2%) in the controlled and first class expert laboratory facilities of the Chariteé Institute. Applied on the recent status in the USA (Nov 21, 2020 CDC report with total tests performed at 178.1 million) this equates to falsely labelling at least 2.3 million people as 'infected with Covid-19' with all the ensuing consequences. But in light of the errors presented in the previous section, the actual false positive rate is unknown and therefore 2.3 million must be considered a minimum estimate; so the distressing reality is likely to be much greater.

1. The amount of PCR testing increases every day with consequent record numbers of PCR positives. Governments and news organizations cite these daily and use them to justify their individual policies. Some of the consequences of these policies are listed below: Misdiagnosis of PCR positives as infections has a history of causing 'Casedemics' which are typically characterized by an incongruity between positive PCR test results and deaths. A fairly recent example was the Swine flu outbreak of 2009 [3];



2. Blanket Lockdowns have been universally implemented and in many cases extended indefinitely by governments without prior due diligence cost / benefit analysis. The wide ranging and disastrous impacts of these non-evidence based measures are now becoming only too clear: Human impacts, to name just a few include; a) impacts on mental health including an increase in suicides [4]; b) cancelled or delayed essential hospital treatment (e.g. cancer, heart disease, diabetes etc), c) deaths among the elderly due to separation from loved ones, d) inhumane confinement and isolation of the elderly at a stage in their life when they need family contact most, increase in stillborn deaths.

...

3. The use of lockdowns and belief in unproven NPIs coupled with the appearance of the ‘casedemic’ phenomena enabled by PCR testing has encouraged governments worldwide to to intimidate their populations into compliance with increasingly bizarre and illogical restrictions. Use of psychological techniques to enforce these includes; a) the deliberate ramping up of fear tactics via the media to ensure compliance, b) excessive use of police and military force to instill an atmosphere of imminent threat to life, c) suggestions of dire consequences of non-compliance to instill fear even including suggestions to children that they might infect and kill their granny, d) The UN has warned of the tendency of some governments to use the emergency declarations as a cover for repressive action [8];

4. **Loss of democracy and human rights:** Many human rights as enshrined in Articles of the 1948 UN Universal Declaration [9] of Human Rights are being eroded or simply ignored as a direct result of new lockdown measures justified by PCR test results. The list includes; a) freedoms to protest, b) freedom of thought and speech (Article 18) e.g. prominent scientists censored for expressing opinions and ideas, c) freedom of the press, d) freedom to socialise, e) right to conduct economic



business, f) denial of consumer choice, g) limitations on access to education, h) limitations on access to medical treatment / choice, Inhumane treatment (Article 5) e.g. elderly being abandoned and left to alone to die in care institutions.

The PCR test on its own is able to find a needle in a haystack by just finding a part of the needle. However, it is important to recognise its limitations: it is useless as *a diagnostic test for use in public health laboratory settings.*

In light of our re-examination of the test protocol to identify SARS-CoV-2 described in the Corman-Drosten paper we have identified concerning errors. How can the continuing use of the test protocol be justified after these findings? Furthermore, with knowledge of the misuse and misinterpretation of test results on a global arena, should we not be mindful of this test's contribution to these terrifying consequences?"

- 4.2 Med hänsyn till frågans oerhörda betydelse får vi anhålla om att ärendet behandlas skyndsamt.
-