



VEIDOS

YTTRANDE

Regeringskansliet
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

11 december 2020

Yttrande över promemorian Covid-19-lag (S2020/09214)

Den ideella föreningen Veidos inkommer här med remissyttrande över rubricerad promemoria.

1 SAMMANFATTNING

- 1.1 Veidos anser att ett genomförande av den föreslagna lagen skulle stå i strid med de bestämmelser i regeringsformen (RF) som reglerar *legalitetsprincipen* (1 kap. 1 § 3 st RF), *objektivitetsprincipen* (1 kap. 9 § RF) och *proportionalitetsprincipen* (2 kap. 21 § RF).
- 1.2 *Legalitetsprincipen*. De angivna uppgifterna i promemorian om antalet svenskar som har haft covid-19 respektive avlidit med bekräftad covid-19 grundar sig i huvudsak på otillförlitliga s.k. PCR-tester. Det saknas därmed objektiva förutsättningar, en bekräftad pandemi av covid-19, för att anta en lag som syftar till att motverka sjukdomen.
- 1.3 *Proportionalitetsprincipen*. Med hänsyn till att ca 90 % av de som uppges ha avlidit av covid-19 är 70+ år, varav hälften har ett särskilt boende och en fjärdedel hemtjänst, finns det långt mindre långtgående och mer effektiva åtgärder för att minska spridningen av covid-19. Dessa mindre långtgående åtgärder har inte satts in. Det saknas därför förutsättningar för att vidta den långt mer ingripande åtgärden – utan reell möjlighet till ett bättre smittskyddsresultat – som ett genomförande av lagförslaget skulle innebära.
- 1.4 *Objektivitetsprincipen*. Det underlag som lagförslaget grundar sig på är inte sakligt och objektivt. Forskning som visar på PCR-testernas otillförlitlighet har ignorerats liksom forskning som visar att vitamin D och C samt mineralet zink i flera avseenden utgör ett effektivt skydd mot covid-19.

2 BAKGRUND

- 2.1 För att sätta lagförslaget i sitt sammanhang ges nedan en kort redogörelse av bakgrunden för att något komplettera beskrivningen i lagförslaget.

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



- 2.2 Den 11 mars 2020 förklarade Världshälsoorganisationen (WHO) en pandemi i s.k. covid-19, den av coronaviruset SARS-CoV-2 (2019-nCoV) orsakade sjukdomen (se [bilaga 1](#)). De vanligaste symptomen vid covid-19 är feber eller frossa, hosta, andnöd eller andningssvårigheter, trötthet, muskelsmärta, huvudvärk, ny förlust av smak eller lukt, halsont, rinnande näsa, illamående eller kräkningar, ögoninflammation (konjunktivit), utslag och diarré (se [bilaga 2](#)). Som en jämförelse kan nämnas att de vanligaste symptomen vid en influensa är feber, frossa och svettningar, torr och ihållande hosta, andnöd, trötthet och svaghet, värkande muskler, huvudvärk, halsont, rinnande eller täppt näsa, ögonsmärta samt kräkningar och diarré (vanligare hos barn än vuxna). (se [bilaga 3](#)). Enligt bifogade beskrivningar av sjukdomarna smittar såväl covid-19 som influensa genom droppsmitta.
- 2.3 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, varvid följande anfördes i ett pressmeddelande: ”Att klassa smittan som allmänfarlig och samhällsfarlig är steg som stärker den svenska beredskapen. Folkhälsomyndigheten bedömer att lagstiftningen behöver vara på plats om Sverige skulle få smittspridning i samhället av det nya viruset. Risken för det bedöms för närvarande som mycket låg. – En klassning enligt smittskyddslagen gör det möjligt att vidta de förebyggande åtgärder som är relevanta för att hindra en spridning av smitta i samhället, säger Folkhälsomyndighetens generaldirektör Johan Carlson. Vid risk för spridning av allmänfarlig och samhällsfarlig smitta finns möjligheter att vidta åtgärder som exempelvis karantän och isolering av smittsamma eller sjuka personer. – Vi vill ta det säkra före det osäkra och hemställer därför om att få det här coronaviruset klassat som allmänfarlig och samhällsfarlig smitta i smittskyddslagen, säger Johan Carlson.” (se [bilaga 4](#))
- 2.4 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.
- 2.5 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.” (se [bilaga 5](#)) Enligt telefonuppgift från Anneli Magnusson på Folkhälsomyndigheten skickades hemställan till regeringen den 11 mars 2020.
- 2.6 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 tills vidare 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 (se [bilaga](#)



VEIDOS

6). 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. Från denna begränsning finns ett undantag som inte är aktuellt i detta fall.

2.7 I beredningspromemorian till den senaste förordningsändringen, som innehåller regeringens beskrivning om varför antalet deltagare skall begränsas till åtta, står följande (se bilaga 7):

”Smittspridningen av covid-19 har under hösten ökat kraftigt och läget i Sverige är nu mycket allvarligt. Antalet personer med covid-19 som vårdas på sjukhus och inom intensivvården har ökat i flera regioner och allt fler avlider av sjukdomen. Skärpta lokala allmänna råd har införts i flera regioner. Trots detta har smittspridningen fortsatt att öka i stora delar av Sverige. Förordningen om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar har varit och är fortfarande ett viktigt verktyg för att motverka spridningen av det virus som orsakar covid-19. Möjligheten att anordna allmänna sammankomster och offentliga tillställningar bör därför begränsas ytterligare.

Förslaget i promemorian innebär att det är förbjudet att anordna allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler än åtta deltagare. Det tidigare undantaget för sådana sammankomster och tillställningar som hålls på serveringsställen tas bort. Förordningsändringen gäller tills vidare men bör mot bakgrund av de ekonomiska konsekvenserna och de ytterligare inskränkningarna i grundlagsfästa fri- och rättigheter som den innebär inte gälla längre än absolut nödvändigt. Förordningen kommer, i nära dialog med Folkhälsomyndigheten, att omprövas kontinuerligt. Utgångspunkten är att den föreslagna begränsningen inte ska gälla längre än fyra veckor.”

2.8 Enligt telefonuppgift från Anders Lundmark, Justitiedepartementet, var den senaste ändringen i förbudsförordningen inte en följd av en hemställan från Folkhälsomyndigheten. Han uppgav vidare att det inte finns en beredningspromemoria avseende grundförordningen som antogs i mars 2020. På fråga om vilket underlag regeringen hade som grund för den senaste förordningsändringen avseende begränsningen till åtta deltagare, kunde han inte hänvisa till något konkret fakta- eller kunskapsunderlag.

2.9 Den aktuella remissen avser ett förslag om en Covid-19-lag med angivande av liknande motiv som anfördes vid införande av förbudsförordningen, i lagförslaget ligger betoningen på det uppgivna behovet av ytterligare möjligheter att motverka trängsel.

3 RÄTTSLIG REGLERING

3.1 I det följande omnämns kort vissa bestämmelser som är av betydelse för lagförslaget. En redogörelse för den relevanta regleringen finns under rubriken *Rättsliga*



utgångspunkter i Folkhälsomyndighetens ovannämnda första hemställan till regeringen (bilaga 4). Utöver de i hemställan behandlade bestämmelserna skall här tilläggas följande.

- 3.2 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.
- 3.3 I lagens 1 kap. 3 § anges vad som avses med allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar. Med *allmänfarliga sjukdomar* avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. I förarbetena till lagen (prop. 2003/04:30 s. 210) anges följande: ”För att en sjukdom skall anses som en allmänfarlig sjukdom i lagens mening krävs vidare att den kan överföras till eller mellan människor samt att man genom åtgärder som riktas till den smittade kan ingripa mot sådan överföring. Sjukdomar som smittar från objekt till människa men därefter inte vidare till annan människa, t.ex. stelkramp, omfattas således inte av begreppet; vid dessa sjukdomar finns heller inget skäl att vidta tvångsåtgärder mot en enskild smittad för att förhindra smittspridning. Vid andra sjukdomar som i övrigt uppfyller kriterierna för allmänfarlig sjukdom och har en hög smittspridningsförmåga mellan människor, t.ex. influensa, saknas i dag verkningfulla åtgärder som den smittade kan vidta för att förhindra smittspridning och sjukdomen kan därför inte anses som en allmänfarlig sjukdom i lagens mening.”
- 3.4 Med *samhällsfarliga sjukdomar* avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till smittskyddslagen. Covid-19 finns upptagen i båda bilagorna.
- 3.5 Under rubriken *Allmänna riktlinjer för smittskyddet* anges i 1 kap. 4 § smittskyddslagen att smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och de får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna skall vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds. Enligt förarbeten (prop. 2003/04:30 s. 211) avses med den nästsista meningen att ”smittskyddsarbetet skall vara förankrat i en humanistisk människosyn.”, en till synes nödvändig upplysning från lagstiftarens sida. Med den sista meningen avses ”att åtgärden inte får användas annat än om det är helt nödvändigt för att det avsedda resultatet skall uppnås och möjligheterna till frivilliga eller mindre ingripande åtgärder är uttömda.”

- 3.6 Av 2 kap. 24 § RF framgår att mötesfriheten och demonstrationsfriheten får begränsas för att ”motverka farsot”. Sistnämnda bestämmelse tillkom den 1 januari 1977 och reglerades då i 2 kap. 14 § RF. Enligt förarbetena (prop. 1975/76:209 s. 156) avser regeln ”epidemiska sjukdomar av allvarlig karaktär”. I kommentaren till regeringsformen (Thomas Bull, Fredrik Sterzel) anges att grundtanken är ”naturligtvis att det i tider av mycket smittsamma och farliga sjukdomar kan finnas skäl att begränsa möjligheterna för människorna att samlas och därmed öka spridningen av dessa”. Enligt kommentaren Juno avses med epidemi – med visst undantag – de samhällsfarliga eller andra sjukdomar som enligt bilagorna till smittskyddslagen är anmälningspliktiga sjukdomar.

4 GOD FÖRVALTNING

- 4.1 De grundlagsreglerade principerna om legalitet, proportionalitet och objektivitet tas även upp i förvaltningslagen under rubriken *Grunderna för god förvaltning*. Även i detta sammanhang kan det vara värt att erinra om att dessa tre principer är grundläggande för en god förvaltning och att motsatsen måste gälla om de inte respekteras av den lagstiftande makten. Lagförslaget kommer därför i det följande att behandlas utifrån respektive princip, utgående från den allmänna frågan huruvida förslaget är ett uttryck för en god förvaltning eller inte. Den följande redogörelsen tar framförallt sikte på de föreslagna begränsningarna avseende allmänna sammankomster.

Allmänt

- 4.2 Vid en första anblick kan detta remissyttrande uppfattas som ett utslag av ett missriktat missnöje hos ett fåtal egoistiska individer som inte kan finna sig i frihetsinskränkningar, inte ens för att skydda sina medmänniskor från att utsättas för risken att drabbas av sjukdom, i värsta fall från att dö. Så är emellertid inte fallet. Vi värnar våra medmänniskor och välkomnar *lagliga, vetenskapligt motiverade och nödvändiga åtgärder* som främjar våra medmänniskors hälsa och välbefinnande. Vi kan förstå att människor som har drabbats av covid-19 i allra högsta grad kan ha haft olika slags hälsobesvär under kortare eller längre tid. Vad vi anför i detta remissyttrande skall på intet sätt uppfattas som ett förringande av det lidande som sjuka eller anhöriga till avlidna i covid-19 har gått igenom, eller de stora insatser som sjukvårdspersonal och annan omvårdande personal har gjort under detta s.k. coronaår.
- 4.3 Detta remissyttrande är snarare ett uttryck för vår omtanke om alla dessa våra medmänniskor. Alldeles särskilt är det ett försvar av våra grundlagsskyddade rättigheter och vänder sig därmed mot *olagliga, vetenskapligt ogrundade och icke nödvändiga* frihetsinskränkningar. Sådana inskränkningar är ett uttryck för något annat än en god förvaltning, vilken har sin grund i legalitets-, objektivitets- och proportionalitetsprinciperna, de allmänna kännetecknen för en rättsstat.
- 4.4 Vi är inte ensamma om att värna våra medmänniskor eller försvara våra rättigheter och ifrågasätta de frihetsbegränsningar som vidtas globalt till följd av det som kallas

coronapandemin. Många miljontals människor världen över har protesterat mot olika slags inskränkningar av grundlagsskyddade friheter. I städer som Berlin, London, Paris m.fl. har massdemonstrationer ägt rum utan att svensk massmedia har ansett att deras nyhetsrapportering behöver omfatta även denna sorts folkliga protester och organiserat försvar av grundläggande mänskliga rättigheter. Och som bekant tror människor att det som inte visats på TV eller omnämns i någon större dagstidning, inte har ägt rum i verkligheten.

- 4.5 I detta sammanhang kan nämnas några särskilt framträdande representanter för denna globala folkrörelse: Robert F. Kennedy och hans organisation *Children's Health Defense* (<https://childrenshealthdefense.org/> – hans tal inför hundratusentals berlinare den 29 augusti 2020 kommer att bli lika historiskt som hans farbrors); de tyska *Corona Extra-Parliamentary Inquiry Committee* och *Corona Investigative Committee*, den senare grundad av bl.a. den tysk-amerikanske advokaten *Dr Reiner Fuellmich*, som har drivit uppmärksammade skadeståndsmål, bl.a. mot Volkswagen gällande den s.k. dieselskandalen. I den på internet vida spridda videon *Crimes against Humanity* (se [bilaga 8](#) för den svenska transkriptionen), beskriver han hur han tillsammans med andra tyska advokater förbereder skadeståndstalan i form av grupptalan i USA till följd av de coronaåtgärder som har vidtagits. Slutligen bör även *World Doctors Alliance* (<https://worlddoctorsalliance.com/>) omnämnas som ett av flera läkarnätverk som har bildats som en följd av frihetsinskränkningarna och alla försök att misskreditera enkla, billiga, effektiva och biverkningsfria medel som prevention mot och behandling av covid-19.
- 4.6 Det har producerats ett otal forskningsrapporter under innevarande år som skulle ha kunnat återopats som stöd för vår sak. Av tids-, utrymmes- och rimlighets-skäl har vi dock varit nödgade att begränsa oss. Vi är emellertid övertygade om att det presenterade materialet är tillräckligt som underlag för slutsatsen att ett genomförande av lagförslaget skulle stå i strid mot regeringsformens bestämmelser som reglerar legalitets-, objektivitets- och proportionalitetsprinciperna.

LEGALITETSPRINCIPEN

Motverka farsot

- 4.7 I 1 kap. 1 § tredje stycket RF står att den offentliga makten utövas under lagarna, vilket är grundlagsregleringen av legalitetsprincipen. Denna princip är helt central i en rättsstat, inte minst under omvälvande tider som dessa. Enligt 2 kap. 24 § RF kan mötesfriheten och demonstrationsfriheten begränsas för att motverka farsot. Grundlagsregleringen av proportionalitetsprincipen i detta avseende finns i 2 kap. 21 § RF. Av detta stadgande framgår att begränsningar av mötesfriheten och demonstrationsfriheten får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar.

- 4.8 Med farsot förstås epidemi, men inte varje epidemi ger en sådan rätt. Enligt de ovan citerade uttalandena i förarbetena är det fråga om epidemiska sjukdomar av allvarlig karaktär, och enligt kommentaren till regeringsformen avses mycket smittsamma och farliga sjukdomar. Enbart det faktum att en epidemisk sjukdom är upptagen i smittskyddslagens bilagor kan i sig inte vara tillräckligt. Som framgick inledningsvis begärde Folkhälsomyndighetens i sin hemställan den 31 januari 2020 att det nya coronaviruset 2019-nCoV skulle klassas som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen, innan ett sådant virus ännu hade upptäckts i Sverige, ”för att ta det säkra före det osäkra”. Att covid-19 i administrativ ordning listats som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom betyder inget annat än att vissa smittskyddsbestämmelser formellt sett blir tillämpliga, men tillvägagångssättet för det administrativa listandet av covid-19 visar att sjukdomen i verkligheten inte behöver ha en sådan allmänfarlig eller samhällsfarlig inverkan i Sverige.
- 4.9 Vad som är av större betydelse är de ovan citerade förarbetsuttalandena om att influensa är en sådan sjukdom vilken inte kan klassas som allmänfarlig sjukdom då det i dag saknas ”verkningsfulla åtgärder som den smittade kan vidta för att förhindra smittspridning och sjukdomen kan därför inte anses som en allmänfarlig sjukdom i lagens mening.” De förhållanden som omnämns i fråga om varför influensa inte kan vara en allmänfarlig sjukdom i smittskyddslagens mening är fullt ut tillämpliga även på covid-19. Förutom de snarlika vanligaste symptomen som kännetecknar såväl influensa som covid-19 och att de båda anges smitta genom droppsmitta, är de snarlika även ifråga om bl.a. antalet avlidna av respektive sjukdom (se nedan). Utifrån det som hävdas om covid-19 i lagförslaget förhåller sig det således med denna sjukdom på liknande sätt som med influensan, således saknas det även ifråga om covid-19 ”i dag verkningsfulla åtgärder som den smittade kan vidta för att förhindra smittspridning och sjukdomen kan därför inte anses som en allmänfarlig sjukdom i lagens mening.”
- 4.10 Om en sjukdom inte lagligen kan klassas som allmänfarlig enligt smittskyddslagen är förutsättningarna i 2 kap. 24 § RF (”motverka farsot”) inte uppfyllda. Det saknas således laglig grund för att genomföra lagförslaget.
- 4.11 Vi skall emellertid fortsätta med att också undersöka hur det förhåller sig med påståendena i lagförslaget om spridningen av covid-19 och antalet avlidna.
- 4.12 Det gäller här att vara observant på språket, eftersom det är skillnad på om någon avlider *av* covid-19 eller *med* covid-19, och om personer vårdas på sjukhus och inom intensivvården *med anledning av* covid-19 eller om de, sedan de på grund av andra sjukdomar eller besvär hamnat på sjukhus eller intensivvård, vid provtagning testat positivt för covid-19.
- 4.13 Eftersom diagnosticeringen av sjukdomen är central för att kunna göra de påståenden som görs i promemorian, skall i det fortsatta tillförlitligheten av testerna för att diagnosticera covid-19 behandlas närmare. Om det visar sig att testmetoden inte är tillförlitlig saknas grund för regeringens påståenden om smittspridningen och antalet



avlidna med covid-19. Om testmetoden inte är tillförlitlig finns heller ingen laglig grund att genomföra lagförslaget.

Dödligheten i covid-19

- 4.14 Först skall vi dock undersöka om covid-19 är så farlig som påstås genom att undersöka hur många människor som har dött under 2020 jämfört med tidigare år. Till en början kan det vara på sin plats att nämna det uppenbara, nämligen att det varje dag dör hundratals människor i Sverige, detta år liksom tidigare år. Det som skiljer detta år mot tidigare år är framförallt den massmediala uppmärksamheten, vilken dagligdags underhåller människors rädsla för att bli sjuka eller dö genom att mata ut uppgifter om antalet smittade med SARS-CoV-2 och döda av covid-19.
- 4.15 Men vad säger då statistiken över antalet döda? Enligt statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) har det avlidit 89 000–95 000 människor varje år under 2000–2020 (se [bilaga 9a](#)). En jämförelse med tidigare år blir meningsfull endast om den görs i relation till befolkningens storlek. År 2015 avled totalt 763 personer/100 000 invånare under perioden januari–oktober, medan det under samma period 2020 avled 755 personer/100 000 invånare (se [bilaga 9b](#)). Under 2020 har det varit överdödlighet under april–juni, men underdödlighet därefter jämfört med de senaste fem åren (se [bilaga 9c](#)).
- 4.16 Tittar man i äldre statistik kan man som docenten i risk och säkerhet, Per Becker, konstatera att det är tydligt ”att april 2020 helt enkelt inte alls är den dödligaste månaden sedan december 1993, utan det verkar som den är den dödligaste månaden sedan januari 2000. Detta är allvarligt nog, även om december 1993 hade runt 27 procent högre dödlighet per 100.000 och januari 2000 hade 10 procent högre dödlighet än vad vi nu fått erfara förra månaden.” (se [bilaga 10](#)). Alltså har vi vid flera tillfällen tidigare haft ännu fler dödsfall under april, den månad som haft högst antal döda hittills under 2020.
- 4.17 En viktig faktor i sammanhanget är dödligheten bland de äldre som fått palliativ vård. Enligt Yngve Gustafson, professor i geriatrik vid Umeå universitet och läkare på äldreboenden i 35 år, hade många äldre som dött i covid-19 överlevt om de kommit till sjukhus. I det följande refereras kort en artikel i Läkartidningen om Yngve Gustafson (se [bilaga 11](#)). Han tog upp det faktum att nio av tio som har avlidit i covid-19 i Sverige var 70 år eller äldre och att hälften av dessa hade särskilt boende. Enligt Yngve Gustafson är de som bor inom äldreomsorgen en heterogen grupp där många har kvar många möjliga levnadsår. Särskilt kan personer med demenssjukdomar ofta vara fysiskt vitala med många möjliga levnadsår, om de inte får ”palliativa läkemedel”, som oftast är kontraindicerade (Vi vill här framhålla att dessa läkemedel sätts in enligt Socialstyrelsens särskilda behandlingsråd avseende *Läkemedelsbehandling i palliativ vård vid covid-19*, se [bilaga 12a](#). Se [bilaga 12b](#) med beskrivning av biverkningarna av Morfin och Midazolam, vilka båda rekommenderas i dessa behandlingsråd). Slutsatsen att många dör i onödan baserar han på att han via närstående tagit del av journaldokumentation. Han berättar att han under coronapandemin har fått många samtal från förtvivlade anhöriga och även många mejl från upprörda läkarkollegor om hur gamla människor prioriterats under coronapandemin. Han omnämner att



Socialstyrelsen har sagt att man kan göra medicinska bedömningar av om någon ska ha palliativ vård eller sjukhusvård per telefon.

- 4.18 Även om en äldre person inte är aktuell för respirator finns det mycket att vinna på att bli inlagd på sjukhus jämfört med att vara kvar på äldreboendet, enligt Yngve Gustafson. Syrgas, näringsdropp, trombosprofylax och noggrann övervakning kan vara det som gör skillnaden, och det finns oftast inte att tillgå utanför sjukhuset, eller så finns det ingen medicinskt kompetent person som ordinerar, menar han. I majoriteten av kommunerna sätter man inte ens dropp på äldreboenden, och man har inte kompetens att ge syrgas.
- 4.19 Yngve Gustafson nämner att, enligt uppgifter från Region Stockholm, 7 av 10 äldre sköra patienter med covid-19 i den geriatriska slutenvården blev symtomfria och faktiskt kunde skrivas ut. Av 270 så hade man kunnat skriva ut 70 procent levande, men om någon blir kvar på ett äldreboende är chansen att överleva minimal om i stället palliativ vård ordineras. Han menar att det är uppenbart att det saknats kunskap hos kommunens personal om två saker, dels att smittskyddskompetensen på äldreboendena brister, dels att många boende "svälter ihjäl". En stor orsak till att äldre dör är just näringsbrist, enligt honom. Största orsaken till att äldre dör är att de har svagt immunförsvar på grund av undernäring. Man borde ha satsat på förstärkt nutrition. Knappast någon kommun lever upp till Livsmedelsverkets rekommendationer för äldre som kom förra året. Det är ändå basala rekommendationer. För att bättre skydda de äldre i pandemin borde de äldres immunförsvar ha stärkts näringsmässigt, bemanningen borde ha förbättrats, skyddsutrustning använts och de gamla borde inte ha prioriterats bort från adekvat medicinsk vård, enligt Yngve Gustafson.
- 4.20 Denna s.k. vård, har kallats för aktiv dödshjälp av bl.a. journalisten Elisabet Höglund (se [bilaga 13](#)), har granskats och fått omfattande kritik av Inspektionen för vård och omsorg, IVO (se [bilaga 14](#)):
- *Äldre som bor på särskilt boende har inte fått vård och behandling utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19.*
 - *Äldre som bor på särskilt boende och deras närstående har inte fått information och gjorts delaktiga vad gäller vård och behandling vid misstänkt eller konstaterad covid-19.*
 - *Ställningstagande om och genomförande av vård i livets slutskede har inte skett i enlighet med gällande regelverk under covid-19 pandemin för äldre som bor på särskilt boende.*
 - *Det går inte att följa vården och behandlingen till äldre som bor på särskilt boende som haft misstänkt eller konstaterad smitta av covid-19 pga. brister i primärvårdens patientjournaler.*
- 4.21 En ytterligare relevant fråga är vad som faktiskt orsakat döden hos de som har fått covid-19 som dödsorsak. Enligt statistik från Socialstyrelsen hade per den 23 november 2020 6 460 personer fått dödsorsaken covid-19 (se [bilaga 15](#)). Det framgår att av dessa 90 % hade laboratoriebekräftad covid-19, alltså är det inte 6 460 utan i själva verket 5 836 personer som dött av covid-19 enligt Socialstyrelsens egna uppgifter. Vad som är

särskilt intressant är uppgifterna om samsjuklighet. Av statistiken framgår att nästan 80 % av såväl män som kvinnor hade för högt blodtryck, runt hälften av båda könen hade hjärt- och kärlsjukdom, omkring 25–30 % diabetes och ca 15 % lungsjukdom. För dessa personer med flera sjukdomar har dödsorsaken angetts vara covid-19, som om dessa andra sjukdomar inte hade en betydelse för deras död trots att ca 60 % av männen och 55 % av kvinnorna hade två eller flera av nämnda sjukdomar. När Region Östergötland analyserade 240 dödsfall för vilka covid-19 angetts som dödsorsak fann man att covid-19 vara den direkta dödsorsaken endast för 15 % av dödsfallen, hos 70 % var covid-19 en bidragande orsak och hos 15 % bedömdes orsaken vara andra sjukdomar och då vanligast hjärtsjukdom (se [bilaga 16](#)). Enligt rapporten hade SARS CoV-2 nukleinsyra påvisats med s.k. PCR-teknik eller med positiv odling av coronavirus.

- 4.22 Att covid-19 angetts som dödsorsak, trots att det kan ha varit en helt annan orsak till döden, har även andra regioner kommit fram till. ”När Region Skåne räknar pandemins avlidna vet man inte vad de dog av. Det enda säkra är att de fick diagnosen covid upp till 30 dagar före dödsfallet. Därför kan en bilolycka eller cancersjukdom också finnas bland pandemins 445 avlidna i Skåne.” Så skriver Sydsvenskan den 2 december 2020. Det kan då vara värt att nämna vad Socialstyrelsen anger avseende data om avlidna med laboratoriebekräftad covid-19: ”Dödsfall som inträffat inom 30 dagar efter provtagning för covid-19 meddelas regionernas smittskyddsenheter. Därefter granskar smittskyddsenheterna dödsfallen och uppdaterar informationen om fallen i SmiNet med datum för dödsfallet. Att räkna personer som avlidit inom 30 dagar efter diagnos är en vedertagen metod när det gäller säsongsinfluensa när den specifika dödsorsaken är okänd. Folkhälsomyndigheten har utvärderat detta mått för influensa och funnit att det är ett acceptabelt mått på dödligheten.” (se [bilaga 17](#)). Denna på administrativ grund gjorda dödsorsaksregistrering förklarar varför man inte vet vad de avlidna har dött av.
- 4.23 Kanske är det därför som ”coronaobduktioner förbryllar läkare”, de hittar nämligen inga tecken på virusinfektion. Så här säger i ett TV-inslag Elisabet Englund på patologen i Lund, som just arbetat med att obducera personer ”som avlidit av corona”. På reporterns fråga om något överraskar Elisabet Englund, när hon ”tittat på de här olika kropparna”, svarar hon följande: ”Ja, verkligen, dels den enorma variationen av fynd och av så kallad samsjuklighet av andra sjukdomar, som är i väldigt hög grad förekommande, men dels är det då så att vi i väldigt många av organen som vi undersöker vävnaderna inte hittar tecken på virusinfektion, vi hittar tecken på att någonting i kroppen reagerar mycket starkt mot virusinfektionen, och det ser vi som en varierad mängd fynd men inte själva virusinfektionen, har vi ännu kunnat påvisa i alla fall.” (se <https://www.tv4play.se/program/nyheterna/13282477>). Trots att en virussjukdom, som covid-19 skall vara, inte ens har lämnat spår av infektionen efter sig som är iakttagbara vid en obduktion, anges alltså dödsorsaken covid-19 på grund av att man administrativt sett har bestämt det. Antalet osäkerhetskällor kring hur många som i verkligheten har dött av covid-19 hopar sig och än har vi inte kommit till testens tillförlitlighet.
- 4.24 Applicerar man utfallet av Region Östergötlands analys på alla som i Sverige uppges ha dött i covid-19 (5 836 personer) så får man att runt 900 personer har avlidit som en direkt orsak av SARS-CoV-2 (i detta skede beaktar vi inte testernas tillförlitlighet), för

knappt 4 100 var covid-19 en bidragande orsak, men inte den direkta orsaken till dödsfallet, och ca 900 personer har felaktigt fått dödsorsaken covid-19 när den döden i själva verket orsakats av andra sjukdomar. Som en jämförelse kan nämnas att det år 2019 dog totalt 1 991 personer i influensa och lunginflammation (se [bilaga 18a](#)). Även ifråga om vilka fall som skall rapporteras till Svenska Intensivvårdsregistret behandlas influensa och covid-19 lika: ”Samtliga patienter med laboratorieverifierad influensa och COVID-19 som vårdas på IVA ska rapporteras.” (Se [bilaga 18b](#))

- 4.25 Redan av den ovan redovisade statistiken framgår att covid-19 inte påverkat dödligheten i Sverige i någon större grad jämfört med andra år, i själva verket har fram till och med oktober färre dött totalt per 100 000 invånare än år 2015. Tar man i beaktande den felaktiga, och därmed av IVO kritiserade, insatsen av palliativ vård för åldringar och att covid-19 rapporterats som dödsorsak när så inte har varit fallet, vilket analysen i Region Östergötland visade och som delvis förklaras med att de avlidna testat positiv för covid-19 inom 30 dagar från dödsfallet, liksom att flertalet av de som har dött också har haft andra sjukdomar, är inte ens de 5 836 döda vilka har haft laboratoriebekräftad covid-19 en tillförlitlig uppgift. Vi vill inte spekulera vidare i hur många det slutligen skulle bli om samtliga regioner skulle följa Region Östergötlands exempel. Och vi behöver inte vänta på ett sådant initiativ, istället kan vi undersöka om testerna – som har använts för att få det laboratoriebekräftade antalet om 5 836 – är tillförlitliga.

PCR-testerna

- 4.26 PCR står för Polymerase Chain Reaction och är en metod för att amplifiera och påvisa nukleinsyra i ett prov. Enligt Folkhälsomyndigheten kan PCR-test användas för att undersöka om en individ har en pågående infektion med covid-19. Ett PCR-test visar om man har virus i kroppen. Det testet tas tidigt under pågående sjukdom. Antikroppstester används efter genomgången sjukdom för att påvisa antikroppar i blodet.
- 4.27 Det stora flertalet tester som har använts för att påvisa covid-19 är PCR-tester. Under veckorna 8–26 användes 520 208 PCR-tester och 106 655 antikroppstester (se [bilaga 19](#)). Under veckorna 40–47 togs 1 543 872 PCR-tester och 244 935 antikroppstester (se [bilaga 20](#)). I det följande kommer vi att fokusera endast på PCR-testernas tillförlitlighet så som de mest använda i Sverige; de utgör ca 85 % av de totalt rapporterade testerna under de två redovisade perioderna.
- 4.28 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 21](#)). 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 22](#)). Det är inte oväsentligt att här nämna, att kontaktpersonen för artikeln och en av medförfattarna är Christian Drosten. Dr Fuellmich, den amerikansk-tyske advokaten som omnämns ovan, tar i sin video upp flera aspekter som har betydelse för

tillförlitligheten av detta test, bl.a. att Christian Drosten år 2014 under pågående MERS-utbrott uttalade följande om PCR-testen: ”Metoden är så känslig att den kan upptäcka en enda ärftlig molekyl av detta virus. Om en sådan patogen, till exempel, når en sjuksköterskas näslemhinnan en dag utan att hon blir sjuk eller märker något annat, så är hon plötsligt ett fall av MERS. Där tidigare obotligt sjuka patienter rapporterades, ingår nu plötsligt i rapporteringsstatistiken milda fall och personer som faktiskt är i god hälsa. Detta kan också förklara explosionen av antalet fall i Saudiarabien.” (För den tyska originalartikeln, se [bilaga 23](#)).

4.29 Folkhälsomyndigheten skriver följande om PCR-testerna i *Vägledningen om kriterier för bedömning av smittfrihet* under rubriken *Bakgrund*: ”Jämförelser av resultat med PCR-detektion av virus och virusodling visar att PCR inte kan användas för att avgöra om en individ är fortsatt smittsam eller inte eftersom PCR påvisar även RNA från icke-infektiösa virus. Provtagning med PCR för att avgöra smittfrihet ska därför undvikas och man får istället använda kliniska kriterier samt tid från insjuknandet.” (se [bilaga 24](#), s. 6)

4.30 Det finns ännu fler problem med PCR-testernas tillförlitlighet. Folkhälsomyndigheten är varse problemen och skriver följande under rubriken *Sammanfattning* i myndighetens skrift *Användning av PCR för påvisning av pågående covid-19, en teknisk vägledning* (se [bilaga 25](#), 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.”

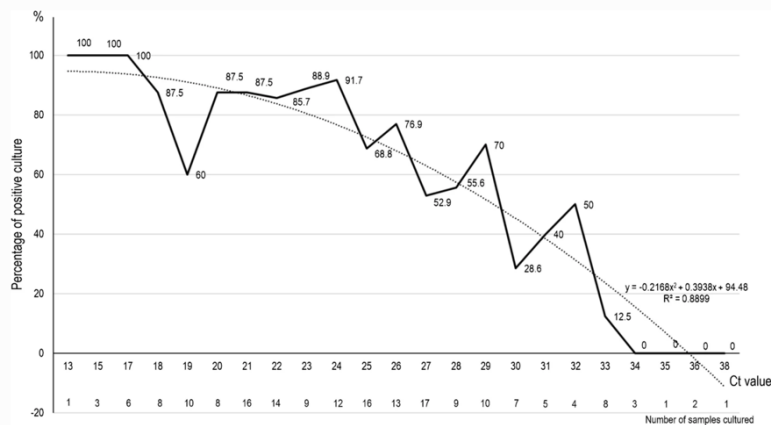
- 4.31 Vägledningen tar visserligen upp några av de problem som förekommer hos PCR-testerna, men den ledning som ges är allmän och innehåller inga specifika anvisningar i fråga om t.ex. Ct-värden. Som kommer att framgå längre fram gällande de brister som finns i den av WHO anvisade metoden för PCR-tester, kan denna Folkhälsomyndighetens allmänna vägledning 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 laboratorierna utför PCR-testerna. Hon uppger även att laboratorierna har egenansvar och står under andra myndigheters tillsyn samt att Folkhälsomyndigheten inte har uppgifter om hur PCR-testutförarna faktiskt utför testerna.
- 4.32 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 26](#)).
- 4.33 ”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.”
- 4.34 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 27](#)). Domstolen citerar Jaafar et al. (se [bilaga 28](#)) och skriver följande om PCR-testerna:
- 4.35 "Baserat på den för närvarande tillgängliga vetenskapliga bevisen för detta test [PCR-test] kan det av sig självt inte fastställa bortom rimligt tvivel att positiviteten 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.”
- 4.36 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.”

- 4.37 En annan forskningsrapport som utgick från 4 384 PCR-tester kom till ett liknande resultat (se [bilaga 29](#)). 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](#)



Percentage of positive viral culture of SARS-CoV-2 PCR-positive nasopharyngeal samples from Covid-19 patients, according to Ct value (plain line). The dashed curve indicates the polynomial regression curve

- 4.38 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)

- 4.39 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 30](#)) och finns publicerad på en för ändamålet särskilt upprättad nätplats: <https://cormandrostenreview.com/report/>. Nedan återges rapportens sammanställning med de tio mer allvarliga feilen 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.”

- 4.40 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.”
- 4.41 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 31](#) och <https://www.youtube.com/watch?v=iWOJKuSKw5c>)

Slutsats

- 4.42 Hur många är det då som faktiskt har dött *av* eller *med* covid-19? Hur många av de som har fått eller får intensivvård har covid-19? Hur många av alla de som har fått ett positivt PCR-resultat har i verkligheten haft covid-19? Redovisningen ovan visar att vi inte kan veta. Vi vet att människor har avlidit detta år liksom alla andra år, detta år i själva verket något färre totalt sett per 100 000 invånare än år 2015. Vi vet att många har haft även andra sjukdomar (samsjuklighet), men att endast covid-19 angetts som dödsorsak. Vi vet att covid-19 angetts som dödsorsak när det i själva verket varit andra sjukdomar som har varit dödsorsak. Vi vet att de som har testat positivt under de senaste 30 dagarna innan de avled p.g.a. en administrativ ordning får covid-19 som dödsorsak. Vi vet att obducenter blivit förbryllade eftersom de inte hittar någon virusinfektion hos de som fått covid-19, en virussjukdom, som dödsorsak. Vi vet att av de som har dött nästan 90 % varit 70+ och av dessa hälften hade ett särskilt boende. Vi vet att dessa åldringar har fått palliativ vård som har kritiserats av IVO och som oberoende läkare bedömt som bidragande orsak till dödsfallen. Vi vet att Ct-värdet är avgörande för PCR-testernas tillförlitlighet och att dessa test är de mest använda för att konstatera covid-19. Vi vet att Folkhälsomyndigheten inte har uppgifter om det Ct-värde som används av testutförarna. Vi vet att Sahlgrenska uppger att ”nästan all påvisning av sars-cov-2 görs med realtids-PCR.” och att positiva resultat med Ct-värde 36–38 betraktas som ”inte säkert positiva och den som provtagits bedöms som inte smittsam” medan de över 38 anges som negativa, trots att 97 % är falska positiva redan vid Ct-värde 35 enligt forskarna. Vi vet att dessa tester underkänts av forskare och att de inte har hållit som bevis vid prövning i domstol. Vi vet att Folkhälsomyndigheten tillämpar den metod för

PCR-tester som 22 oberoende forskare har funnit vara så bristfällig att metoden gör ”SARS-CoV-2 PCR test useless”. Vi vet att det år 2019 dog totalt 1 991 personer i influensa och lunginflammation, och att det fram till den 23 november 2020 dog ca 900 direkt av covid-19, om man tillämpar resultatet av Region Östergötlands analys nationellt. Och vi vet att det som framförallt skiljer detta år från tidigare år är den oerhörda massmediala uppmärksamheten och skrämselfpropagandan.

- 4.43 Av ovanstående redovisning – vilken givetvis inte kan vara fullständig men den tar upp det väsentliga – är tydligt att det som regeringen beskrivit i promemorian inte överensstämmer med verkligheten. Det som regeringen beskriver är snarare ett scenario som målas upp för att legitimera lagförslaget. Men verkligheten ser annorlunda ut och möjligheten till begränsning av mötesfriheten och demonstrationsfriheten skall givetvis utgå från om det i verkligheten föreligger sådana omständigheter som påstås.
- 4.44 Redogörelsen hittills visar att det i Sverige i verkligheten inte har funnits och inte heller nu pågår en allvarlig epidemi. Vad som finns är felaktiga PCR-testresultat som visar på covid-19-infektion när så inte är fallet. Det finns alltså en PCR-pandemi, för att använda det uttryck som har använts av dr Reiner Fuellmich, men ingen verklig pandemi. I en rättsstat är det omöjligt att 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. Därutöver har det framkommit fakta som ytterligare visar på en annan verklighet än regeringens scenario, framförallt i fråga om den administrativa ordningen för registrering av covid-19 som dödsorsak. Förutom alltså att själva testets resultat i sig varit felaktigt så har alltså även de som inte ens faktiskt har haft covid-19 och som avlidit av annan sjukdom fått covid-19 angiven som dödsorsak. Vad gäller särskilt överdödligheten i våras har den kallats för ”aktiv dödshjälp”, en ”hjälp” som åldringarna och säkerligen inte deras familjer eller släkt har önskat. Med hänsyn till den kritik som IVO har riktat mot samtliga regioner i detta avseende kan statistiken över antalet döda under våren inte läggas till grund för någon bedömning om farligheten hos covid-19, alldeles särskilt som det tydligt framkommit att 90 % av de som har dött är 70+ år och att hälften av dessa hade särskilt boende.
- 4.45 Mot denna bakgrund är det uppenbart att det inte föreligger lagliga förutsättningar för att begränsa mötesfriheten och demonstrationsfriheten. Det saknas nämligen objektiva förutsättningar, en bekräftad pandemi av covid-19, för att anta en lag som syftar till att motverka sjukdomen. Eftersom det inte finns en epidemisk sjukdom av allvarlig karaktär, än mindre mycket smittsam och farlig sjukdom, att motverka – så som krävs enligt 2 kap. 24 § RF – finns inte några ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle att tillgodose enligt 2 kap. 21 § RF.
- 4.46 Under alla omständigheter, är covid-19 inte en sjukdom som har kunnat tas upp i bilagorna 1 och 2 till smittskyddslagen, då sjukdomen i stort äger samma karaktäristika som en influensa och behandlas även lika med en influensa när det gäller registrering



av intensivvård; covid-19 är i realiteten mindre dödlig än en influensa när de felaktiga registreringarna av covid-19 som dödsorsak korrigeras. Covid-19 kan därför, enligt de citerade förarbetsuttalandena, inte vara en allmänfarlig sjukdom. Även detta faktum utgör ett hinder för att genomföra lagförslaget.

PROPORTIONALITETSPRINCIPEN

- 4.47 Av 2 kap. 21 § RF framgår att begränsningen i mötesfriheten och demonstrationsfriheten aldrig får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 4 § smittskyddslagen, i vilken stadgas att smittskyddsåtgärder inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa.
- 4.48 Av statistik från SCB (se [bilaga 32](#)) framgår att 89,4 % av de 6 460 som fått covid-19 som dödsorsak var 70+ år. Dessa uppgifter i sig borde väcka alla varningsklockor för de som känner till proportionalitetsprincipen. Vi skall alltså fås att tro att det inte finns mindre långtgående åtgärder än omfattande inskränkningar av bl.a. mötesfriheten och demonstrationsfriheten för hela befolkningen, inskränkningar i de mest centrala friheterna i en demokrati och en begränsning som i allra högsta grad utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen, när 90 % av de som har dött med covid-19 som angiven dödsorsak hör till en ytterst begränsad del av populationen, av vilka nästan hälften har ett särskilt boende och en fjärdedel hemtjänst. Låt oss i det följande undersöka vilka åtgärder som skulle kunna vidtas istället för de oproportionerliga begränsningarna i lagförslaget.

Kvantitet – kvalitet

- 4.49 Regeringens lagförslag, och Folkhälsomyndighetens smittskyddsarbete i stort, vilar på föreställningen att det är antalet människor samlade på en och samma plats som är den huvudsakliga orsaken till att det hos människorna kan uppstå symptom som går under beteckningen covid-19. Detta *kvantitativa* synsätt bortser från den *kvalitativa* aspekten, nämligen hälsotillståndet hos människorna som samlas vid en plats. När även denna faktor tas i beaktande och därmed bilden fullständigats något, inses omedelbart det irrelevanta med hur stort antalet personer som samtidigt vistas på en plats och det desto mer relevanta med vilket hälsotillstånd dessa människor har. Utifrån ett kvalitativt synsätt spelar det ingen roll om människorna samlas i grupper om 3, 8, 50 eller 500 eller ännu högre antal, när det gäller att bedöma deras risk för sjuklighet. Det kan räcka med att två personer umgås för att en av dem skall kunna få symptom som går under beteckningen covid-19. Denne individs organism kan vara så belastad efter många års felaktigt leverne, att organismens förmåga att hantera ytterligare påfrestningar är ytterst begränsad. Och det motsatta gäller, en grupp om tusentals fullt friska människor kan samlas på en plats, utomhus eller inomhus, utan att det på något sätt kan påverka deras fysiska hälsa negativt.

- 4.50 Det kvantitativa synsätt som genomsyrar hela lagförslaget uppfyller inte kravet på att en inskränkning av mötesfriheten och demonstrationsfriheten inte får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet eftersom det dels inte är motiverat att inskränka denna frihet för de som är friska, dels finns effektivare åtgärder att tillgå utan inskränkningar i dessa grundlagsskyddade friheter. Nedan anges endast ett fåtal av dessa mer effektiva åtgärder; det skulle föra för långt att i detta remissvar ge en uttömmande beskrivning av alla till buds stående alternativ. Uppräkningen är däremot tillräcklig för att envar med sunt förnuft kan dra slutsatsen att det finns vetenskapligt bevisade åtgärder som är effektivare än lagförslaget och som inte medför några inskränkningar i medborgarnas grundlagsskyddade friheter.
- 4.51 De nedan beskrivna åtgärderna skall inte bedömas isolerat utan utifrån hur de kan samverka med varandra. Användningen av termen ”alternativa åtgärder” skall inte förstås i meningen sekundära, sämre, av mindre vikt eller dylikt. De är alternativa endast i förhållande till lagförslaget, men skulle i själva verket vara förstahandsvalet hos visa ledare. Det är således dessa alternativa åtgärders samlade effekt som sammantaget onödiggör de frihetsbegränsningar på kvantitativa grunder som hela lagförslaget är baserat på.

Åtgärder riktade mot människor i riskzonen

- 4.52 Lagförslagets begränsningar kan omfatta hela befolkningen. Det görs ingen skillnad mellan människor som befinner sig i riskzonen för covid-19 och de som inte gör det. Eftersom ca 90 % av de som har dött med covid-19 som angiven dödsorsak var 70+ år, varav alltså hälften hade ett särskilt boende och den fjärdedel hemtjänst, så är en mindre långtgående åtgärd än de vida möjligheterna till frihetsinskränkningar att i första hand rikta smittskyddsåtgärderna mot äldre människor, de som är 70+ år. Dessa riktade åtgärder betyder självfallet inte palliativ vård utan åtgärder av det slag som Yngve Gustafson – den ovannämnde professorn i geriatrik vid Umeå universitet tillika läkaren på äldreboenden i 35 år – föreslår, nämligen syrgas, näringsdropp, etc.
- 4.53 Yngve Gustafson anger att en stor orsak till att äldre dör är just näringsbrist, att de har ett svagt immunförsvar på grund av undernäring och att man borde satsa på förstärkt nutrition. Detta kanske låter för basalt och ineffektivt för regeringen, och kanske är det därför som denna åtgärd inte har satts in än. Nedan följer därför en redogörelse av forskningsrapporter som ger stöd åt Yngve Gustafsons förslag avseende kosttillskott. Denna närings- och därmed immunitetshöjande åtgärd borde inte sättas in bara under detta s.k. coronaår utan är något som åldringarna har behov av varje år.

Immunitetshöjande åtgärder

- 4.54 Nedan redogörs således för enkla, billiga och effektiva kosttillskott som kan stödja en individs immunförsvar. En rekommendation på intag av vissa högre doser av dessa kosttillskott borde därför utfärdas, som bör ersätta Livsmedelsverkets rekommendationer, och särskilt utsatta grupper – i första hand de som är 70+ år – borde

få dessa tillskott subventionerade. Om det finns medel för att köpa vaccinationer till större delen av befolkningen så finns det medel att subventionera kosttillskott till en mer begränsad riskgrupp. I detta sammanhang kan det inte bli fråga om att utveckla alla aspekter av kosttillskott utan det får med nödvändighet bli ett kort omnämnande i syfte att visa att det finns alternativa åtgärder som är mindre inskränkande än lagförslaget.

- 4.55 Liksom allt annat vi stoppar in i vår mun, handlar det om dosen, vilket redan Paracelsus upplyste om på medeltiden. En dos som är tillräcklig för en helt frisk människa kan vara alldeles för låg för en annan som inte är fullt frisk eller som är stressad, orolig och inte allra minst rädd för att drabbas av covid-19. På liknande sätt kan dosen behöva ändras över tid för en och samma människa.
- 4.56 Att dosen är avgörande borde medicinskt utbildade ha lätt för att förstå. Men det är precis det som felar oärlig forskning på vitaminer och mineraler. Läkemedelsbranschen med sina oerhörda ekonomiska resurser tittar inte passivt på när deras marknadsandelar riskerar att krympa, de är trots allt vinstdrivande och skall generera vinster till aktieägarna genom försäljning av läkemedel, nu närmast vacciner. Hur omänskligt det än kan låta, så bygger deras affärsidé på att människor skall vara sjuka. Hur väl de har lyckats med sin lobbyverksamhet finns det gott om exempel på. Med avseende på dosen kan därför ingen i absoluta termer påstå att det räcker med 400 respektive 800 IU av D-vitamintillskott, som är den dos Livsmedelsverket rekommenderar. Det finns tillräckligt med forskning och kunskap som även läkare sprider för att upplysa om vikten av intag av olika kosttillskott, bl.a. eftersom vi inte som förr kan få i oss allt av vårt dagliga behov av vitaminer och mineraler med maten då den idag är mer processad och kommer från näringsfattigare jordar. Var och en bör därför göra en analys av sin vitamin- och mineralstatus för att själv fastställa det individuella behovet. En sådan analys bör givetvis också göras för alla riskgrupper.
- 4.57 Dessa kosttillskotts positiva effekt är vetenskapligt bevisad. I Europaparlamentets och Rådets förordning (EG) nr 1924/2006 av den 20 december 2006 om näringspåståenden och hälsopåståenden om livsmedel, regleras alla typer av påståenden om livsmedel som uttrycker att det har hälsofördelar för konsumenten. Det är EU-kommissionen som med vetenskaplig forskning som grund – forskning som utvärderas av *European Food Safety Authority*, EFSA (EU:s motsvarighet till Livsmedelsverket) – godkänner hälsopåståendena och som för ett särskilt register med godkända hälsopåståenden, i det fortsatta benämnt ”EU-registret”: https://ec.europa.eu/food/safety/labelling_nutrition/claims/register/public/?event=search
- 4.58 I det följande redovisas tre näringsämnen: vitamin D (som i själva verket inte är ett vitamin), vitamin C och mineralet zink. Dessa näringsämnen finns upptagna i EU-registret, således är det redan vetenskapligt bevisat att dessa ämnen har de hälsofördelar som finns angivna i detta register, och därutöver kompletterar vi med forskning på dessa ämnen som avser specifikt SARS-CoV-2-viruset och covid-19.

Vitamin D



VEIDOS

- 4.59 Enligt EU-registret är bl.a. följande hälsopåstående godkänt för vitamin D: *"Vitamin D contributes to the normal function of the immune system"*.
- 4.60 I denna forskningsrapport (se [bilaga 33](#)) står följande om relationen mellan nivån på vitamin D och risken för att få covid-19 i en stor population: "We carried out a population-based study among 4.6 million members of Clalit Health Services (CHS). We collected results from vitamin D tests performed between 2010 and 2019 and used weighted linear regression to assess the relationship between prevalence of vitamin D deficiency and Covid-19 incidence in 200 localities. Additionally, we matched 52,405 infected patients with 524,050 control individuals of the same sex, age, geographical region and used conditional logistic regression to assess the relationship between baseline vitamin D levels, acquisition of vitamin D supplements in the last 4 months, and positive Covid-19. RESULTS We observe a highly significant correlation between prevalence of vitamin D deficiency and Covid-19 incidence. In the matched cohort, we found a significant association between low vitamin D levels and the risk of Covid-19, with the highest risk observed for severe vitamin D deficiency. A significant protective effect was observed for members who acquired liquid vitamin D formulations (drops) in the last 4 months. CONCLUSION In this large observational population study, we show a strong association between vitamin D deficiency and Covid-19 occurrence. After adjustment for baseline characteristics and prior vitamin D levels, acquisition of liquid vitamin D formulation is associated with decreased risk for Covid-19 infection."
- 4.61 I en studie, *Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study*, konstaterades att "Our pilot study demonstrated that administration of a high dose of Calcifediol or 25-hydroxyvitamin D, a main metabolite of vitamin D endocrine system, significantly reduced the need for ICU treatment of patients requiring hospitalization due to proven COVID-19." (se [bilaga 34](#))
- 4.62 I forskningsrapporten *LL-37 fights SARS-CoV-2: The Vitamin D-Inducible Peptide LL-37 Inhibits Binding of SARS-CoV-2 Spike Protein to its Cellular Receptor Angiotensin Converting Enzyme 2 In Vitro* (se [bilaga 35](#)) summeras forskningen i följande slutsats gällande D-vitaminets funktion som skydd mot SARS-CoV-2 och som behandling av covid-19: "This study supports the prophylactic use of vitamin D to induce LL-37 that protects from SARS-CoV-2 infection, and the therapeutic administration of vitamin D for the treatment of COVID-19 patients. Further, our results provide evidence that the direct use of LL-37 by inhalation and systemic application may reduce the severity of COVID-19."
- 4.63 Även i Sverige har läkare tagit upp vikten av högre doser vitamin D. Mats B Humble (psykiater, med dr, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet), Henrik Pelling (barnpsykiater, Uppsala) och Susanne Bejerot (överläkare, Region Örebro län; professor, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet) skriver följande i *Läkartidningen* (se [bilaga 36](#)): "Kända riskfaktorer för covid-19 är övervikt, diabetes och institutionsboende. Gemensamt för samtliga kända riskfaktorer



VEIDOS

(även hög ålder) är låga D-vitaminnivåer. D-vitaminbrist (25-OH-D-vitaminnivåer under 50 nmol/l) förekommer hos över 70 procent av afroamerikaner. I Sverige är risken för låga D-vitaminnivåer sannolikt ännu högre, med tanke på avståndet från ekvatorn. Flera studier visar också att majoriteten av svensksomaliska kvinnor har extremt låga D-vitaminnivåer (< 25 nmol/l). Låga nivåer rapporteras även hos äldre på institutioner (oavsett etnicitet), personer med intellektuell funktionsnedsättning och patienter inom psykiatri. "... I en filippinsk studie delades 212 patienter med covid-19 in i fyra kliniska svårighetsgrader: lindrig (utan pneumonidiagnos), måttlig (verifierad pneumoni), svår (hypoxi, syremättnad \leq 93 procent) och kritisk (andningssvikt/ARDS). Genomsnittligt 25-OH-D-vitamin i serum för de fyra grupperna var 78,0, 68,5, 53,0 respektive 42,8 nmol/l. Konstaterad D-vitaminbrist (under 50 nmol/l) gav kraftigt ökad risk för allvarliga komplikationer jämfört med nivåer över 75 nmol/l. D-vitaminbrist ökar risken för svårt förlopp vid covid-19. En metaanalys av placebokontrollerade studier visar att D-vitaminbehandling skyddar mot luftvägsinfektioner generellt. Effekten är störst (NNT = 4) hos individer med låga D-vitaminnivåer (< 25 nM) [16], vilket kan förklaras av vitaminets effekt på immunförsvaret. D-vitamin är billigt och ofarligt inom terapeutiska gränser. Trots att det saknas evidens från randomiserade behandlingsstudier för D-vitaminets skyddande effekt mot covid-bör man sträva efter att höja D-vitaminstatus hos riskgrupper som inte når upp till adekvata nivåer genom solljus eller kosten."

- 4.64 I en studie från maj 2020 konstateras att de länder i Europa i vilka befolkningen har lägre nivåer av vitamin D har haft fler fall av covid-19. Så här står det i rapporten (se [bilaga 37](#)): "A new study has found an association between low average levels of vitamin D and high numbers of COVID-19 cases and mortality rates across 20 European countries. ... Italy and Spain have both experienced high COVID-19 mortality rates, and the new study shows that both countries have lower average vitamin D levels than most northern European countries. This is partly because people in southern Europe, particularly the elderly, avoid strong sun, while skin pigmentation also reduces natural vitamin D synthesis. The highest average levels of vitamin D are found in northern Europe, due to the consumption of cod liver oil and vitamin D supplements, and possibly less sun avoidance. Scandinavian nations are among the countries with the lowest number of COVID-19 cases and mortality rates per head of population in Europe. Dr Lee Smith, Reader in Physical Activity and Public Health at Anglia Ruskin University, said: 'We found a significant crude relationship between average vitamin D levels and the number COVID-19 cases, and particularly COVID-19 mortality rates, per head of population across the 20 European countries. Vitamin D has been shown to protect against acute respiratory infections, and older adults, the group most deficient in vitamin D, are also the ones most seriously affected by COVID-19.'"

- 4.65 Livsmedelsverket skriver på myndighetens webbplats, under rubriken *D-vitamin och covid-19*, att "D-vitaminstatus kan ha betydelse för mottagligheten för luftvägsinfektioner, men om D-vitaminbrist påverkar risken för att smittas eller få allvarliga komplikationer av covid-19 finns det idag inte tillräckligt med kunskap om". Tvärtom Livsmedelsverket anser vi att den forskning som ligger till grund för hälsopåståendet att vitamin D bidrar till en normal funktion av immunsystemet och den



VEIDOS

ovan redovisade forskningen som specifikt avser effekten av vitamin D i relation till SARS-CoV-2-viruset och covid-19 är mer än tillräcklig. Och vi är inte ensamma om att ha denna uppfattning utan vi delar den med bl.a. Storbritanniens premiärminister, Boris Johnson: "BORIS Johnson is set to follow the Scottish Government's lead on giving free vitamin D to vulnerable groups following research suggesting it can reduce the worst symptoms of Covid-19. The Prime Minister told the Commons he would be updating MPs shortly on the move which Nicola Sturgeon's administration has already announced. Former Tory Cabinet minister David Davis raised the matter with Johnson, pointing to a decision by the Scottish Government to give four months supply of vitamin D to people shielding. He told the Commons: "Over the weekend a number of eminent scientists called on the Government to try to resolve the vitamin D deficiency issues in the United Kingdom to reduce the severity of the pandemic. "There have been dozens of studies over hundreds of countries in the last six months which show or imply, anyway, that this could reduce the infection rates by half ... and the case death rates by half again." (se [bilaga 38](#)).

- 4.66 Vi anser att det av ovanstående redovisning framgår att det finns tillräckligt med vetenskapligt stöd för att som en preventiv åtgärd rekommendera intag av viss högre dos av vitamin D (i kombination med vitamin K och magnesium) liksom att behandla de som har fått covid-19 med bl.a. högre doser av vitamin D. Men vi behöver inte vänta på att en sådan rekommendation skall komma utan vi kan ta vitamin D i förebyggande syfte ändå. Tillräcklig information finns att hitta på internet. Vi själva och många andra vi kommer i kontakt med tar 2 000–10 000 IU vitamin D per dag i preventivt syfte. Ingen av oss, eller de vi känner som tar dessa högre doser, har fått covid-19 eller någon negativ effekt.

Vitamin C

- 4.67 Enligt EU-registret är bl.a. följande hälsopåstående godkänt för vitamin C: "*Vitamin C contributes to the normal function of the immune system.*"
- 4.68 Uffe Ravnskov (med dr, docent, Lund) skrev redan den 20 april 2020 i Läkartidningen att det finns goda anledningar att pröva höga doser C-vitamin vid covid-19. Han skriver bl.a. följande (se [bilaga 39](#)): "Nobelpristagaren Linus Pauling var en av de första som rekommenderade C-vitamin som behandling av infektionssjukdomar. Många kritiserade honom eftersom ingen hade lyckats förebygga förkylning med C-vitamin. Troligen är förklaringen att man använt för låga doser. Sedan dess har det publicerats åtskilliga kontrollerade experiment där man lyckats förebygga och bota olika typer av infektionssjukdomar med »megadoser« av C-vitamin. Detta har gjorts både i djurförsök och i randomiserade humanförsök på såväl friska som sjuka individer. Förklaringen till de försök som gjorts är givetvis att C-vitamin spelar en viktig roll i immunförsvaret och att patienter med allvarliga infektioner ofta har en extremt låg halt av C-vitamin i blod och urin. Mest intressanta är de experiment där man behandlat patienter med allvarlig sepsis och luftvägsinfektion, detsamma som drabbar patienter med livshotande covid-19 infektion. I en färsk metaanalys refererar författarna till fem kontrollerade experiment där man minskat mortaliteten signifikant hos patienter med sepsis genom



intravenös tillförsel av megadoser av C-vitamin. I flera av de experiment som gjorts har man injicerat megadoser av C-vitamin flera gånger dagligen under ett antal veckor utan att patienterna har fått några allvarliga biverkningar. C-vitamin har även visat sig kunna bota olika typer av virusinfektioner. C-vitamin har ännu inte testats hos covid-19-patienter, men då behandlingen är helt ofarlig finns det all anledning att pröva denna terapi under pågående coronaepidemi.”

- 4.69 Sture Blomberg (narkosläkare, docent, seniorvikarie, tidigare Sahlgrenska sjukhuset) kommenterar Uffe Ravnskovs artikel enligt följande (se bilaga 39): ”Det är väldigt välkommet att Uffe Ravnskov tar upp denna debatt. Vid en sökning på PubMed hittar man mer än 22.000 studier som just handlar om C-vitamin – kanske helt okända för de flesta läkare. Vitamin C är först och främst ett vitamin som är en co-faktor i mer än 15 enzym-reaktioner, och kräver inga stora mängder C-vitamin för att kunna fungera. Men när man blir sjuk så fungerar C-vitamin också som kroppens viktigaste antioxidant, förbrukas och utsöndras i urinen som ändprodukten dehydro-askorbinsyra. Vid kritisk sjukdom är oxidationen och inflammationen massiv vilket kräver stora mängder C-vitamin. Problemet med människan i detta avseende är att hon – i motsats till de flesta andra djur – inte i levern kan producera sitt eget C-vitamin ur glukos, varför C-vitaminnivåerna i blodet kan bli extremt låga och till och med omätbara vid kritisk sjukdom som septisk chock. Eftersom C-vitamin är absolut nödvändigt för syntesen av dopamine, noradrenalin, adrenalin, kortisol, ADH, neurotransmittorer så får vi vid denna brist bl. a. blodtrycksfall och mental förvirring. Som Uffe Ravnskov här påpekar så har även Mega-doser av C-vitamin intravenöst visat sig vara helt harmlösa. Och det finns därför ingenting att förlora på att vid Corona-infektion ge dessa Mega-doser, helst tillsammans med Tiamin och kortison, som dr. Paul Marik visat.”
- 4.70 Sture Blomberg beskriver för sin del på sin blogg *Tro, vetande och vetenskap* (stureblomberg.blogspot.com) hur han med just C-vitamin räddade livet på sin 81-åriga syster i USA, som hade fått covid-19. Så här skriver Sture Blomberg om hur han instruerade läkarna i USA att behandla systemen (se bilaga 40): ”Mitt förslag var högdos C-vitamin intravenöst, som jag sedan tre år tillbaka hade mycket goda kliniska erfarenheter av och gjort djupgående litteraturstudier kring. Det är dessutom absolut ofarligt även i mycket högre doser, som 50-60 g i infusion, vilket jag har både teoretiska kunskaper om och kliniskt praktiska erfarenheter av. Jag medsände också under de närmaste dagarna en teoretisk sammanfattning av hela problematiken, som jag skrivit ihop samt en fallbeskrivning av ett mycket svårt fall av svininfluensa i Nya Zeeland 2009, där patienten, bonden Alan Smith, räddades till livet tack vare C-Vitamin 25 g x 2 i.v., trots stort motstånd från doktorerna. Detta fall skulle visa sig vara nästan identiskt med min systers fall. Eftersom min syster snabbt ytterligare försämrades de två följande dagarna fick vi på onsdagen den 18 mars besked om att doktorn var villig att pröva i.v. Vitamin C 1,5 g x 4. Samtidigt hade jag känslan av att denna dos kunde vara för låg och önskade öka denna till 25 g x 2, som i det dramatiska Svininfluensa-fallet.”...”Av den nya doktorn hade vi också fått ett löfte om att höja dosen till Vitamin C i.v. 25 g x 2, men detta kunde inte genomföras på grund av brist på C-vitamin på apoteket, och för övrigt i hela Denver, vilket därför nyrekvirerades i större partier. Sex dagar senare (onsdag 25 mars) anlände C-vitaminlösningen varvid hon gavs 25 g x 2 i.v. Nästa dag



var hon ur respiratorn och kunde andas helt själv under 3 timmar och efter ytterligare en dags behandling var hon ur respiratorn och andades själv under 6 timmar. Allt detta upplevdes som en chockerande klinisk förbättring för den vårdande sköterskan, tillika ”respiratory therapist”, som bad att få ta del av allt, som jag skrivit och kommunicerat om till doktorerna. På fredagen den 27 mars gjordes det dessutom en ny lungröntgen, som visade nästan helt rena och luftförande lungor (precis som i fallet med Alan Smith, som hade svår svininfluensa 2009). Samtidigt hade P/F-ratio ökat till 148 efter en dags respektive till 196 efter två dagars behandling - vilket bestyrkte hennes klara förbättring. Tyvärr stoppades denna utveckling upp av att en jourhavande doktor av oklar anledning satte ut all denna medicinering under helgen, varvid hon blev sämre igen, både kliniskt och på lungröntgen samt fick ett försämrat P/F-ratio på 158.”...”På måndagen den 30 mars var chefsläkaren på IVA tillbaka i tjänst och eftersom han var mycket entusiastisk angående att fortsätta denna behandling så sattes min syster ånyo in på Vitamin C i.v. 25 g x 2 i fem dagar, varefter hon fick en tracheostomi***** plus en PEG***** på fredagen den 3 april efter 24 dagars intubation. Det intravenösa C-vitaminet utsattes då och ersattes med liposomalt ***** C-vitamin 24 g/dag i sonden, som halverades till 12 g/dag efter 9 dagar. Tillfrisknandet gick därefter väldigt snabbt och man kan konstatera att hon trots det prekära utgångsläget inte drabbats av några komplikationer, ingen hjärtinfarkt, ingen njur- eller leverinsufficiens, inga neuro-muskulära skador eller svalg- eller stämbandspareser och är mentalt helt intakt och för dagliga samtal med sin familj och vänner på sin iPad via FaceTime. Hon testades också negativt för COVID-19, men först efter 7 veckor, den 28 april.”

- 4.71 På sin blogg beskriver Sture Blomberg vidare utförligt olika aspekter av vitamin C, bl.a. att vitaminet dödar alla slags virus, varvid han hänvisar till mängder av forskningsrapporter. Han skriver bl.a. följande (se [bilaga 41](#)): ”Det är också viktigt att förstå att när C-vitamin ges som intravenös infusion omvandlas det till en prooxidant [5-7], som dödar alla slags virus, merparten av alla bakteriearter och vissa svamp-arter i blodet [8-30]. (Det är inte för inte som askorbinsyra använts som konserveringsmedel vid brödbak sedan lång tid tillbaka.) Vid så höga plasmakoncentrationer, som man då uppnår, som sjuttiofaldigt kan överstiga det man kan uppnå via resorption från tarmen, bildas nämligen superoxid i den extracellulära vätskan [31], som i sig själv genererar andra radikala metaboliter (ROS, Radical Oxygen Species) som väteperoxid, hydroxylradikaler m. fl. som förmodas ge den virucidala och bakteriocida effekten. Mekanismen bakom detta skeende är ännu dock inte helt klarlagd. Detta skulle emellertid kunna förklara de omedelbara och annars oförklarliga uppläringar på lungröntgen som man kunnat konstatera i vissa fall, t. ex. farmaren från Nya Zeeland som drabbades av svår svininfluensa [<https://www.youtube.com/watch?v=VrhkoFcOMII>]. Eftersom askorbinsyran från blodbanan lätt passerar intracellulärt utan några kvantitativa begränsningar med hjälp av SVCT2 (Sodium dependent Vitamin C Transporter 2), så kan man spekulera över om denna snabba uppläring på lungröntgen kan bero på att virus och bakterier snabbt dödas när väteperoxid, superoxid, hydroxylradikaler m. fl., som skapats av askorbinsyran, i stor mängd tränger in i alveolernas pneumocyter.”



VEIDOS

- 4.72 I USA har dr. Paul Marik (MD, Chief of Pulmonary and Critical Care Medicine, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA) utvecklat ett särskilt protokoll för behandling av kritiska fall av covid-19, *Critical Care COVID-19 Management Protocol*, i vilket just intravenöst C-vitamin utgör en central komponent liksom vitamin D, zink, B-komplex m.m. (se [bilaga 42](#)).
- 4.73 Vi själva och många andra vi kommer i kontakt med tar flera gram (5–20 gram) per dag, fördelat över dagen, i preventivt syfte. Ingen av oss, eller de vi känner som tar dessa högre doser, har fått covid-19 eller någon negativ effekt.
- 4.74 Av den ovanstående redogjorda forskningen anser vi att det klart framgår att det finns tillräckligt med vetenskapligt stöd för att som en preventiv åtgärd rekommendera intag av viss högre dos av vitamin C liksom att behandla de som har fått covid-19 med bl.a. högre doser av intravenöst vitamin C.

Zink

- 4.75 Enligt EU-registret är bl.a. följande hälsopåstående godkänt för mineralet zink: *"Zinc contributes to the normal function of the immune system"*.
- 4.76 I en forskningsrapport från Spanien fann man att de som dog i covid-19 hade lägre nivåer av mineralet zink (se [bilaga 43](#)):

"The authors did a retrospective analysis of symptomatic admitted patients to a tertiary university hospital in Barcelona, Spain over the period from 15th March 2020 to 30th April 2020. Data on demography, pre-existing chronic conditions, laboratory results and treatment were collected. Clinical severity of COVID-19 was assessed at admission. Fasting plasma zinc levels were measured routinely at admission (baseline) in all patients admitted to the COVID-19 Unit. Computer modelling and statistical analyses were used to assess the impact of zinc on mortality.

During this period of study 611 patients were admitted. The mean age was 63 years, and 332 patients were male (55%). During this period total mortality was 87 patients (14%).

This study includes 249 of these patients (of whom 21 [8%]) died. The authors say the 249 patients in this analysis are representative of the whole cohort of 611, and data collection and analysis for the other patients is ongoing—but the continuation of the study has been made difficult by the arrival of the second wave of SARS-CoV-2 in Spain. Mean baseline zinc levels among the 249 patients were 61 mcg/dl. Among those who died, the zinc levels at baseline were significantly lower at 43mcg/dl vs 63.1mcg/dl in survivors. Higher zinc levels were associated with lower maximum levels of interleukin-6 (proteins that indicate systemic inflammation) during the period of active infection.

After adjusting by age, sex, severity and receiving hydroxychloroquine, statistical analysis showed each unit increase of plasma zinc at admission to hospital was associated with a 7% reduced risk of in-hospital mortality. Having a plasma zinc level lower than 50mcg/dl at admission was associated with a 2.3 times increased risk of in-hospital death compared with those patients with a plasma zinc level of 50mcg/dl or higher.”

- 4.77 Höga tillskott med zink visade snabba positiva effekter i en begränsad fallstudie på fyra patienter covid-19. Så här skriver rapportförfattaren (se [bilaga 44](#)): ”We report here on four consecutive outpatients with clinical characteristics (CDC case definition) of and/or laboratory-confirmed COVID-19 who were treated with high dose zinc salt oral lozenges. All four patients experienced significant improvement in objective and symptomatic disease measures after one day of high dose therapy suggesting that zinc therapy was playing a role in clinical recovery. A mechanism for zinc’s effects is proposed based on previously published studies on SARS- CoV-1, and randomized controlled trials assessing zinc shortening of common cold duration. The limited sample size and study design preclude a definitive statement about the effectiveness of zinc as a treatment for COVID-19 but suggest the variables to be addressed to confirm these initial findings in future trials.”
- 4.78 Så här beskrivs ett av de fyra fallen från ovannämnda studie: ”A 26 year-old female acquired COVID-19 through direct contact with an infected health care worker. During week 1 she had fever, cough and severe body aches. In the second week she developed shortness of breath and severe fatigue. During week 3 her fever abated but she had a significant cough, fatigue and body aches, and slept more than 14 hours daily. After three weeks of symptoms the patient began 15 mg of zinc, q 2 hours, 10 lozenges a day, 150 mg daily for 14 days. One day later the cough and body aches and fatigue began to improve, and two weeks later she felt fully recovered.”
- 4.79 I en studie (se [bilaga 45](#)) har zink använts i kombination med låga doser av läkemedlen hydroxychloroquine och azithromycin, vilket ledde till:
- Significantly reduced hospitalisation rates in the treatment group.
 - Reduced mortality rates in the treatment group.
- 4.80 Vi själva och många andra vi kommer i kontakt med tar 15–30 mg zink per dag i preventivt syfte. Ingen av oss, eller de vi känner som tar dessa högre doser, har fått covid-19 eller någon negativ effekt. Vid högre doser och längre tids användning av zink bör man även ta tillskott av mineralet koppar.
- 4.81 Av den ovanstående redovisning anser vi att det klart framgår att det finns tillräckligt med vetenskapligt stöd för att som en preventiv åtgärd rekommendera intag av viss högre dos av mineralet zink liksom att behandla de som har fått covid-19 med bl.a. högre doser zink.

Slutsats

4.82 Sammantaget visar ovanstående sammanställning att det finns mindre ingripande och effektivare åtgärder för att uppnå det syfte som anges i lagförslaget. De redovisade åtgärderna har vetenskapligt bevisats vara effektiva i relation till SARS-CoV-2 och covid-19. De nämnda åtgärderna bör vidtas innan mer ingripande åtgärder kan övervägas. I sista hand, först om dessa alternativa åtgärder visar sig ineffektiva, kan mer ingripande åtgärder övervägas men dessa bör inte grundas på kvantitativa grunder, så som är fallet med lagförslaget.

4.83 Ett genomförande av lagförslaget är därför inte nödvändigt för att uppnå det angivna syftet. En sådan generell och allomfattande förbudslag är inte motiverad som smittskyddsåtgärd i förhållande till covid-19 när det finns andra mindre ingripande åtgärder att tillgå, särskilt som framkommit att covid-19 inte är så allvarlig som regeringen påstår i promemorian. För att vara proportionerliga skall åtgärderna i första hand riktas mot de som är smittade eller som löper större risk för att bli sjuka i covid-19. Av den genomgångna statistiken och forskningen framgår att riskgrupperna är framförallt:

- Äldre personer (70+ år).
- De som har ett särskilt boende.
- De som redan har andra sjukdomar.
- De som av andra skäl har för låga nivåer av bl.a. vitamin D och C liksom mineralet zink.

4.84 Eftersom de redovisade mindre ingripande, vetenskapligt bevisade och effektiva åtgärderna inte har prövats saknas enligt 2 kap. 21 § RF lagliga förutsättningar att genomföra lagförslaget.

OBJEKTIVITETSPRINCIPEN

4.85 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. Redovisningen ovan visar emellertid att Folkhälsomyndigheten inte förhåller sig objektiv till forskningen. Trots att det sedan den 27 november 2020 finns klart övertygande forskning för att den metod som myndigheten följer gällande PRC-tester inte kan bevisa förekomsten av pågående infektion av covid-19, har Folkhälsomyndigheten inte upphört tillämpa den metoden. Och med denna ovetenskapliga och otillförlitliga metod som grund utsätts hela svenska folket följaktligen för Folkhälsomyndighetens felaktiga allmänna råd och rekommendationer liksom för regeringens förbud och nu med föreslagna ytterligare

möjligheter till inskränkningar. Vilken effekt detta ovetenskapliga förhållningssätt har på folkhälsan får framtida forskning fastställa. Redan nu kan vi dock konstatera att dessa felaktigt grundade rekommendationer liksom regeringens hittillsvarande begränsningar har inneburit döden för många små och medelstora företag med oerhörda negativa samhällsekonomiska effekter. Förhoppningsvis kommer en sanningskommission ta sig an uppgiften att kartlägga de samlade konsekvenserna av detta fatala misstag för att fastställa bl.a. hur felaktiga diagnoser av covid-19 har påverkat enskilda människor och samhället i stort samt konsekvenserna av att människor inte har fått adekvat vård eller myndighetsupplysning om den positiva effekten av vitaminer och mineraler vid covid-19.

- 4.86 Lika ovetenskaplig och godtycklig förhåller sig Folkhälsomyndigheten i förhållande till forskning som visar på vitaminers och mineralers goda effekt vid covid-19, som behandling eller i preventivt syfte, men i detta fall inte för att främja dess användning, så som fallet är med PCR-testerna, utan det motsatta. Billiga, effektiva, ofarliga och för människoorganismen naturliga ämnen så som vitamin C och vitamin D liksom mineralet zink, vilka alla har en viktig funktion i ett otal fysiologiska processer jämte immunförsvarets kvalitet, nonchaleras fullständigt men desto mer uppmärksamhet ges istället åt onaturliga, syntetiska, dyra vacciner med kända och ofta allvarliga biverkningar även vid en enda dos.
- 4.87 De som är satta att utöva offentlig makt över det svenska folket äger givetvis inte rätt att förhålla sig till vetenskaplig forskning så som det passar dem, att låta deras subjektiva övertygelser och inskränkthet leda till att människor utsätts för onödigt lidande och även för tidig död. Många forskare, läkare, advokater, journalister m.fl. försöker få dessa folkets tjänare att tillämpa forskningen även när den visar på vitaminers och mineralers nödvändighet i förebyggande och behandlande syfte vid covid-19. Det är inte ovanligt att de då möts av total oförståelse eller blir nonchalerade eller t.o.m. förtalade av dessa statsanställda liksom offentligt finansierade verksamheter, inte minst SVT och de massmedier som uppstår presstödet (totalt 600 miljoner kr år 2020). Dessa makthavare tar sig friheter att förlöjliga medborgare som önskar hjälpa sina medmänniskor genom att upplysa om forskningsrapporter som visar på vitaminers och mineralers effekt mot SARS-CoV-2 och covid-19, eller deras berättigade ifrågasättande av den negativa hälsopåverkan som strålning från antenner för 3G, 4G och 5G har på immunförsvaret, vilket i högsta grad har betydelse vid en infektion med covid-19. Det är inte att undra på att medborgarna allt mer lyssnar till modiga och kunniga individer som t.ex. Mona Nilsson, som genom sitt ihärdiga arbete (stralskyddsstiftelsen.se) upplyser medborgarna om sådant som våra myndigheter borde göra.
- 4.88 Dessa myndigheternas dubbla standarder ifråga om tillämpningen av ”vetenskap och beprövad erfarenhet” blir tydlig när man i denna av regeringen påstådda, väldigt allvarliga situation – som alltså skall vara så allvarlig att människor inte ens får samlas för att utöva sina grundlagsfästa friheter – beaktar Livsmedelsverkets påstående om att det saknas tillräckligt med kunskap om vitamin D kan påverka risken för att någon smittas eller får allvarliga komplikationer av covid-19. Enligt vår mening kan var och en som har läst forskningen som redovisas ovan konstatera att Livsmedelsverkets

påstående är en uppenbar lögn. Trots att Livsmedelsverket gärna framhåller att dess råd om nutrition och matvanor grundar sig ”i den senaste forskningen, i samlade vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet” synes motsatsen gälla. Samtidigt har Folkhälsomyndigheten inte några större betänkligheter för att utsätta större delen av befolkningen för PCR-tester enligt en metod som baseras på en rapport som inte genomgått en referentgranskning (engelska: *peer review*) och när den väl genomgått en sådan visar på tio allvarliga fel och brister, vilka tester alltså utgör underlaget för bedömningar om vilka smittskyddsåtgärder som skall vidtas, nu senast för det remitterade lagförslaget. Hade dessa motstridiga förhållningssätt uttryckts hos en och samma individ hade personen med stor sannolikhet fått diagnosen schizofreni.

- 4.89 Denna dubbla standard i förhållande till hur man använder sig av uttrycket ”vetenskap och beprövad erfarenhet” är väldigt tydlig i hur man å ena sidan anser att det inte finns vetenskapligt stöd för den goda effekten av naturliga näringsämnen som våra organismer naturligen behöver vid en infektion (t.ex. vitamin D och C), men å andra sidan, när det gäller ett vaccin mot covid-19 – som enligt sakkunniga bedömare har tagits fram osedvanligt snabbt –, vi inte skall oroa oss för att vaccinerna kan tänkas ha några biverkningar, som om vi själva inte kan läsa innantill vad läkemedelsbolagen själva uppger om möjliga biverkningar eller som om vi inte har kollektiva erfarenheter av biverkningar från vaccinationer sedan tidigare.
- 4.90 Vi lever i ett informationssamhälle där all världens kunskap finns lättillgänglig för envar, men våra statsanställda och politiker, de som har fått förtroendet att utöva makt över folket, beter sig som om vi alltjämt levde under den mörkaste medeltiden när kunskapen var koncentrerad hos ett fåtal, av vilka flertalet även då missbrukade kunskapen på folkets bekostnad. Emellertid är det nu år 2020, folket är mer upplyst och människorna kan själva dra slutsatser av den överallt tillgängliga informationen. De behöver inte auktoriteters i bästa fall okunniga och i sämsta fall avsiktliga förvrängning av sanningar för att veta vad som är gott, bra, nyttigt för deras och andras välmående. Ju förr dessa maktinnehavare inser detta desto bättre både för dem och folket. Men ju längre de framhärdar på inslagen linje desto mindre legitimitet har de att utöva makt över folket.
- 4.91 Av redovisningen under rubriken *proportionalitetsprincipen* framgick att människorna redan nu kan öka sina möjligheter till att förbli friska under denna s.k. coronapandemi eller behandla sig mot covid-19 med naturliga näringsämnen som är effektiva, billiga och framförallt utan biverkningar. Således behöver människorna inte vara rädda, oroliga eller sätta sitt hopp till ett allt annat än naturligt vaccin, vilket *inte är effektivt* (virus muterar ständigt, därför kommer nya influensavaccin varje år), *inte är billigt* (i vart fall inte för staten, som ju är vi, medborgarna) och som p.g.a. dess innehåll alltid är förenat med en risk för *biverkningar*, det är bara att läsa bipacksedeln och fråga de som har drabbats hur deras liv har förändrats.
- 4.92 Vi nöjer oss inte med att naivt lyssna till övertygande försäljare av vaccin, d.v.s. läkemedelsbolagen och deras representanter (de flesta läkare och sjuksköterskor som inte på egen hand har satt sig in i vad vaccin består av eller som är rädda för att säga



VEIDOS

sanningen), myndigheter eller massmedia. Tiden som godtrogna och naiva är över. Vi vet att det enbart i USA, ur deras särskilda system med statlig ersättning för vaccinskador (U.S. Health Resources and Services Administration, HRSA; statlig eftersom vaccintillverkarna enligt lag inte ansvarar för vaccinskadorna) hittills har betalats ut 4,5 miljarder dollar (se bilaga 46). Om nu vaccinerna är så säkra som läkemedelsbolagen, myndigheterna och massmedia så gärna vill få oss att tro – med vissa väl utvalda auktoriteter som basunerar ut lika utvalda budskap – varför friskriver sig vaccintillverkarna från allt ansvar för vaccinskador i sina försäljningsavtal? Vi skulle inte godta att någon friskriver sig från ansvar för fel på våra nyköpta klädesplagg eller mobiltelefoner, men när det gäller vår och våra barns fysiska och psykologiska hälsa, då skall vi alltså anse det vara något naturligt.

4.93 Det är dags att vi börjar tänka själva, inte låta andra tänka åt oss. Eller skall vi verkligen tro att det är en slump, att SVT just nu visar dokumentärserien Vaccinkrigarna, veckorna innan vaccinet mot covid-19 börjar administreras? Istället för att sakligt bemöta den kritik som läggs fram gällande vacciner, ägnar man sig istället åt karaktärsbord på bl.a. den modiga Linda Karlström (vaccin.me) som vågar säga det som många läkare redan vet, men få vågar säga offentligt, då de vet att läkarlegitimationen sannolikt kommer att dras in. Om de som ligger bakom dokumentärserien verkligen vill oss väl, varför motbevisar man inte det man anser är felaktigt med fakta eller, vilket hade visat på någon grad av ärligt syfte med dokumentären, varför intervjuar man inte Linda Karlström direkt, varför låter man inte henne förklara eventuella oklarheter? Eller, om man nu är så mån om att den som uttalar sig om vacciner är medicinskt utbildad, varför gör man inte en dokumentär om läkaren Suzann Humphries (<https://www.vaxxed.com/dr-suzanne-humphries/>), som ägnat många år åt att visa på riskerna med vaccin? Kanske för att syftet inte är att upplysa med fakta, kanske för att det inte finns sakliga motargument att tillgå. Och då gör man som man har gjort i alla tider, man ägnar sig åt *ad hominem*.

4.94 Av ovanstående redovisning om det ovetenskapliga förhållningssättet hos Folkhälsomyndigheten, som ansvarar för smittskyddet i Sverige och som inledningsvis tog initiativ till förbudsförordningen, och av den redovisade vetenskapliga forskningen gällande PCR-testen och de naturliga näringsämnen, är visat att Folkhälsomyndigheten inte grundar sitt underlag om smittskyddet till regeringen på objektiva och sakliga grunder. Följden av detta måste vara att lagförslaget inte grundar sig på underlag som uppfyller kraven i 1 kap. 9 § RF. Även på denna grund saknas laglig grund för att genomföra lagförslaget.

5 AVSLUTNING

5.1 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 vikten av vad som står i artikeln och dess



direkta relevans för lagförslaget, avslutas detta remissyttrande med att vi återger en stor del 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.

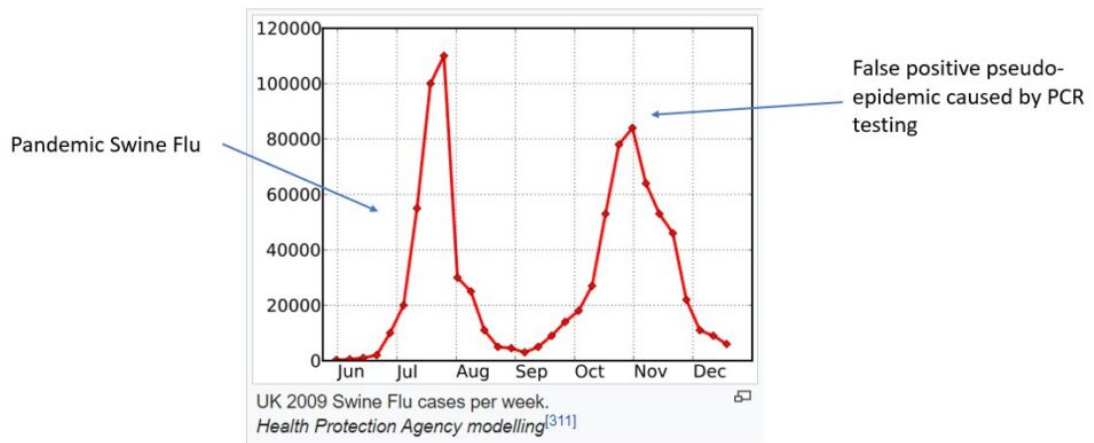
Eleven months into the pandemic we have now learned much more about the virus and the multitude of PCR test variants made possible by the Corman-Drosten protocol. Flaws in the test protocol have become increasingly clear and our review report addresses these tremendous concerns.

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 Charité 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?"

(signatursida följer)