

Høringssvar - endringer i smittevernloven (isolering og smittekarantene)

Det er flere forhold i forslaget om ny § 4-3a i smittevernloven som er problematiske. Disse forholdene er forbundet med kunnskapsgrunnlaget som skal vise effekt og skadevirkninger av tiltaket, måten smittevernloven har blitt benyttet på av helsemyndighetene under covid-19 pandemien og måten departementet forsøker å begrunne nødvendigheten av denne endringen på.

Effekten av TISK

Smitteverneffekten ved bruk av TISK er ikke kjent utover at effekten er størst idet utbruddet starter og sporingen har kontroll på de fleste tilfellene [1]. FHI estimerte at de utover i pandemien registrerte omtrent halvparten av smittetilfellene [2]. Det betyr at halvparten av de smittede ikke ble identifisert. De som ikke ble identifisert ble åpenbart ikke fulgt opp med smittesporing. Testingen og identifikasjon av smittede var i tillegg i stor grad basert på frivillighet og befolkningens eget høye ønske om å bli testet og var derfor ikke kun et resultat av smittesporing. Dette gir grunn til å stille spørsmål til smitteverneffekten av smittesporingen. Minst halvparten av de smittede ble ikke sporet.

I motsetning til i Norge kan isolasjon i Sverige bare pålegges faktisk smittede personer og ikke personer som det bare er mistanke om at er smittet på bakgrunn av nærhet til en mulig smittet person. Siden departementet ikke legger empiriske undersøkelser til grunn for å vise effekten av TISK, men baserer seg på egen erfaring og Helsedirektoratets vurdering, som heller ikke ser ut til å basere seg på empiriske undersøkelser, så er det av stor interesse å sammenligne tilstanden i Norge med tilstanden i Sverige.

Eurostat publiserer månedlige tall over overdødelighet i landene i Europa, inkludert i Norge og Sverige [3]. Disse tallene viser at den akkumulerte overdødeligheten målt fra starten av covid-19 pandemien i mars 2020 er høyere i Norge enn i Sverige fra og med september 2022. Sverige har hatt normal overdødelighet siden februar 2021 mens overdødeligheten i Norge stort sett har ligget 10 - 20 prosent over overdødeligheten i Sverige og normalen siden august 2021. Overdødeligheten ser fremdeles ut til å være økende i Norge. Årsaken til den normaliserte utviklingen i Sverige og den høye overdødeligheten i Norge er ikke kjent. Uten å undersøke dette nærmere kan vi ikke se bort fra at den tildels omfattende bruken av karantene som følge av smittesporing her til lands er en medvirkende årsak til den negative utviklingen.

Helsedirektoratet og departementet nevner en undersøkelse som skal ha vist at befolkningen foretrekker lover og forskrifter for reguleringen av forhold rundt isolasjon og karantene uten å referere til hvilken undersøkelse dette dreier seg om. Dette styrker inntrykket av at hverken Helsedirektoratet eller departementet bygger sin vurdering og erfaring av effekten av TISK på undersøkelser eller annen type empiri. Dersom de hadde hatt et lignende grunnlag for å vise effekten av TISK som den nevnte befolkningsundersøkelsen er det naturlig å anta at de ville nevnt dette i høringsnotatet. Det er også noe eiendommelig at undersøkelsen det refereres til ikke identifiseres slik at kvaliteten kan etterprøves.

Dette gir grunn til å stille spørsmål om erfaringen til departementet og vurderingen til Helsedirektoratet om at TISK er effektivt smittevern er riktig. Selv om vi ikke kan vite at forskjellen i bruk av karantene mellom Norge og Sverige er årsaken til at Sverige nå ser ut til å komme betydelig bedre ut av koronapandemien enn det Norge gjør, gir det grunn til å stille spørsmål om vi er tjent med å legge departementet og Helsedirektoratets udokumenterte påstander til grunn for endring av loven. Vurdering uten grunnlag er bare synsing.

Departementet gjør heller ingen vurderinger av de kjente skadevirkningene av at store grupper mennesker settes i karantene, ofte helt unødig og uten virkning på smittespredningen fordi de ikke er smittet eller smitteførende. Isolasjon benyttes som straff i vårt rettsvesen og har en rekke skadelige effekter for individ som utsettes for tiltaket og for samfunnet som svekkes ved at arbeidskraft unødig settes ut av funksjon når de settes i karantene.

Håndtering av usikkerhet

Helsedirektoratet og departementet har i sin håndtering av covid-19 pandemien blitt kritisert for å hoppe bukk over kravet i smittevernloven om å vurdere forholdsmessighet og å gjøre helhetsvurderinger ved innføring av smitteverntiltak. Dette har bl.a. blitt påpekt i koronakommisjonens første rapport [4] og i høyesteretts "Hyttedom" [5].

Usikkerhet og manglende oversikt i utviklingen av covid-19 og vaksinenes effektivitet oppgis også som grunn for å endre loven.

Helsemyndighetene har vist at de har håndtert usikkerhet med brutalitet i forsøk på å opprettholde kontroll gjennom håndteringen av pandemien. At dette har vært tilfellet ble klart formulert av FHIs leder Camilla Stoltenberg da hun i et intervju etter den omstridte "Joker Nord"-nedstengningen 4. januar 2021 [6] uttalte: "At tallet plutselig var så høyt var en indikasjon på at tallene våre ikke var til å stole på, og at vi ikke hadde oversikt. Det har vært hovedbegrunnelsen ved flere anledninger når man har valgt å ha strengere tiltak, å få bedre oversikt." [7]

Det er i dette resonementet implisitt at manglende oversikt og usikkerhet blir vurdert som farligere enn strenge tiltak, selv om konsekvensene av tiltakene som innføres ikke kvantifiseres eller at risikoen ved usikkerhet blir forsøkt fastsatt.

Tilsvarende uttalte helsedirektør Bjørn Guldvog i intervju med VG om 12. mars nedstengningen at han ønsket en "sjokkeffekt" og at han syntes det ville være bedre å få kritikk for å ha gjort for mye enn for lite [8]. Disse uttalelsene støtter opp om inntrykket av at helsemyndighetene systematisk har overdrevet effekten av tiltak og neglisjert skadevirkninger, forholdsmessighet og helhetsvurderinger for å kunne fremstå som handlekraftige.

Helsemyndighetene ser i stor grad ut til å ha lagt verstefallscenarier til grunn for vurdering av nødvendigheten for tiltak, spesielt i situasjoner med usikkerhet. Det er ikke forenelig med smittevernlovens krav om forholdsmessighet og det vil heller ikke være framgangsmåten som sparer flest liv over tid, eller som gagnar samfunnet best. Årsaken til dette er åpenbar; skadevirkningene av tiltakene undervurderes og verstefallscenarier som ikke slår til blir brukt som målestokk for vurderinger av nødvendighet for innføring av tiltak. Hvis verstefallsscenarioer legges til grunn for vurdering av innføring av tiltak tilsier proposjonalitetsprinsippet at verstefallscenarier også må legges til grunn for vurdering av skadevirkningene av tiltaket. Det har ikke blitt gjort.

Dette har ofte blitt fremstilt som en "føre-var" tilnærming, men det er tvilsom bruk av dette prinsippet. Det er ikke å være føre var å dytte skade fremover i tid. Tiltaket forårsaker potensielt betydelig mer irreversibel skade på liv og helse i fremtiden enn det gagnar på kort sikt, noe som ikke er å være "føre-var", men det stikk motsatte [9].

Uten plan

Da landet ble stengt ned 12. mars 2020 forlot helsemyndighetene med Helsedirektoratet i spissen planene som var lagt for slike situasjoner [10]. Ifølge koronakommisjonens rapport uttalte statsministeren at regjeringen ikke hadde noen langsiktig strategi den første tiden etter nedstengningen. Strategien ble ifølge statsministeren til underveis og måtte tilpasses valget som allerede var tatt den 12. mars [11].

I motsetning til den norske framgangsmåten fulgte svenske myndigheter sin pandemiberedskapsplan [12]. Lederen for Folkhälsomyndigheten i Sverige, Anders Tegnell, uttrykte det ganske treffende da han sa: "Det vi gör i landet måste ha effekt" [13]. Svenskene holdt seg til planen. De setter heller ikke nærkontakter som ikke er smittet i karantene.

Når vi nå ser på overdødelighetstatistikken at det går betydelig bedre i Sverige enn det gjør i Norge er det grunn til å stoppe opp og spørre hva vi driver med. Norske myndigheter forlot planene som var utarbeidet for situasjonen som oppsto, og endte opp med tildels voldsomt inngripende tiltak med

betydelig skadepotensial som vi ikke engang vet om, eller i hvor stor grad virket.

Manglede drøfting

Det fremstår som kunnskapsløst å forsøke å lovfeste enklere tilgang til et inngripende tiltak som smittekarantene uten å gjøre mer omfattende empiriske undersøkelser og analyser av hvilken effekt tiltaket har, og hvilken skade det forårsaker. Den eventuelle gevinsten av tiltaket er kortsiktig mens skadene vil vise seg over et betydelig lengre tidsrom. Dette forholdet gjør at skadepotensialet må avklares i god tid før tiltaket skal benyttes fordi denne vurderingen ikke egner seg godt til å bli gjort i en situasjon med tidspress, noe som er påregnelig i en situasjon der tiltaket vurderes brukt. Vi mener derfor at skadepotensialet må kartlegges før tiltaket blir lovfestet.

Spesiell vekt bør legges på å finne ut hvordan karantene virker på unge mennesker som er antatt mer sårbare, og om unge mennesker derfor bør skjermes fra isolasjon i større grad enn lovteksten legger opp til. Det er kommet flere foruroligende meldinger som viser økt forekomst av psykiske plager og lidelser hos spesielt barn og unge etter pandemien slik f.eks. Aftenposten har rapportert [\[14\]](#). Dette drøftes overhode ikke i høringsnotatet.

TISK slik det ble benyttet under koronapandemien og slik det foreslås i lovforslaget, bryter med prinsippet som har vært god medisinsk/klinisk praksis der klinisk observasjon og krav om tilstedeværelse av symptom var en del av prosessen for å identifisere smittede personer. Denne betydelige endringen gir framgangsmåten et eksperimentelt preg som gir ytterlige grunn til å undersøke effekten av tiltaket før det lovfestes.

Nødvendige endringer

Før en eventuell lovfesting av TISK så mener vi at både smitteverneeffekten og skaden fra tiltaket må undersøkes og dokumenteres slik at det er mulig å gjøre forholdsmessighetsvurderinger ved bruk av tiltaket. Karantene av personer som ikke er smittet, men hvor det bare er mistanke om smitte er å dra smittesporingskonseptet alt for langt uten at det dokumenteres med empiriske baserte, vitenskaplige undersøkelser at tiltaket er effektivt smittevern.

Kravene til vurderinger må strammes inn: Informasjonen som helsemyndighetene baserer vurdering av smitteverneeffekt og skadevirkning av tiltak på og hvordan disse blir vurdert må være en offentlig tilgjengelig del av iverksatte tiltak, noe flere andre allerede har tatt til orde for. I tillegg må kravene til effekt av smittevernstiltak skjerpes og det må kreves at omfanget av skadevirkningene kvantifiseres før tiltaket kan iverksettes. Loven må inneholde krav om at samme metode som benyttes til vurdering av nødvendighet for innføring av tiltaket proposjonalt må benyttes til vurdering av skade av tiltaket ved vurdering av forholdsmessighet. Hvis eksempelvis verstefallskonsekvens legges til grunn ved vurdering av nødvendigheten for innføring av tiltaket, så må tilsvarende også verstefallskonsekvens legges til grunn for vurdering av skadevirkningen av tiltaket i forholdsvurderingen.

Det er verdt å minne om at årsaken til at smittevernloven ikke har et strengere krav til effekt var at smittevernlegene ønsket å ha muligheten til å benytte et *billig og lite inngripende tiltak* som bare har et svakt smittevernfaglig grunnlag [\[15\]](#). Dette har åpenbart ikke vært tilfelle for flere av de kostbare og inngripende tiltakene som har vært benyttet med svakt faglig grunnlag under pandemien, inkludert den nå foreslått lovfestede "mistanke-karantenen". Loven bør som minimum inkludere differensiering av krav til tiltak avhengig av hvor inngripende de er. Inngripende tiltak bør ikke tillates uten at de har en klar vitenskaplig dokumentert effekt for smittevernet.

Hvem hadde rett - og hva betyr det nå?

Uansett hva som er den konkrete årsaken til at den akkumulerte overdødeligheten i Norge nå er større enn i Sverige siden starten av pandemien, så kan vi nå slå fast at svaret på spørsmålet Ivar A. Iversen stilte i sin kommentar i Agenda magasin 15. mars 2020: *Tenk om svenskene har rett?* [\[16\]](#), er at svenskene hadde rett.

Den måten Sverige valgte å bekjempe pandemien på har nå vist seg å ikke være dårligere enn våre myndigheters noe brutale, improviserte fremferd, snarere tvert imot. De hadde betydelig mindre inngripende tiltak enn oss, knapt uten bruk av påbud og forbud i krisehåndteringen [17], og overdødelighetsstatistikken viser at de har kommet minst like bra eller til og med bedre ut enn oss. De fulgte planene, planer som lignet mye på de planene Norge også hadde, men som slik det fremstår i koronakommisjones rapport, litt panisk ble forkastet av norske helsemyndigheter i udokumenterte prosesser for å kunne vise handlekraft med alderdommelige og middelalderpregede tiltak [18]. Det er det grunn til å ta lærdom av, middelaldertiltakene virket ikke bedre, de ser nå tvert imot ut til å skade mer, noe som egentlig ikke bør være særlig overraskende for noen.

Dette forslaget bør ikke vedtas, det mangler legitimitet fordi det ikke baserer seg på empiri og undersøkelser, kun på påstått erfaring. Det er betimelig å spørre hva departementet mener de har erfart om måten Sverige håndterte pandemien på og hvordan departementet sammenligner erfaringen fra Norge med erfaringen fra Sverige. Overdødeligheten i Sverige er normal, mens den her i landet er 10 - 20% høyere enn normalt og har vært det i mer enn ett år. Hva mener departementet det sier om tiltakene som har vært benyttet, erfaringsmessig?

Det er god grunn til å åpne ørene og virkelig høre på hva Tegnell sa: "Det vi gör i landet måste ha effekt!" Vi mener at det er god grunn til å stoppe dette forslaget, det er ikke tilstrekkelig kjennskap til hverken skadevirkninger eller smitteverneeffekt til å lovfeste tiltaket.

Dato: 30.03.2023

Ole Kristen Fostad, sikkerhetsanalytiker

Annette Resch, overlege og spesialist i barnemedisin DoktorBarnegod

Kjetil Elvevold, Dr.Scient

Barbro Paulsen, advokat (MNA)

Julia Schreiner Benito, redaktør Hemali

Jamy Lynne Brye, Doctor of Chiropractic (D.C.)

Fredrik Balsnæs, Doctor of Chiropractic (D.C.)

Bente Sjo, Business consultant

Jon Faller, sykepleier spes.adm

Bente Kvelland, hjelpepleier

Unni Resch, pensjonist

Lynne Bolstad, pensjonist

Anders Bolstad, pensjonist

Referanser

1. Pols One: The Effectiveness of Contact Tracing in Emerging Epidemics, Published: December 20, 2006: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000012> ↵
2. ABC Nyheter, NTB 30. okt. 2021: <https://www.abcnyheter.no/nyheter/norge/2021/10/30/195798168/fhi-bare-halvparten-av-smittetilfellene-blir-registrert> ↵

3. eurostat: Excess mortality by month, last update: 17/02/2023 11:00 <https://archive.is/An4fl> ↩
4. NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien, 14. april 2021 (s.145): <https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/blogs.dir/421/files/2021/04/Koronakommisjonens>
5. HR-2022-718-A (Hyttedommen) (139): <https://lovdata.no/dokument/HRSIV/avgjorelse/hr-2022-718-a> ↩
6. NRK: Regjeringens informasjonsstrategi: Joker Nord i praksis? Publisert 5. jan. 2021: https://www.nrk.no/ytring/regjeringens-informasjonsstrategi-joker-nord-i-praksis_-1.15313159 ↩
7. NRK: FHI tok feil om smittetall i jula – mener strenge tiltak var riktig likevel, Publisert 17. jan. 2021: https://www.nrk.no/norge/camilla-stoltenberg_-alle-dagsaktuelle-tall-er-usikre-1.15331607 ↩
8. VG: Guldvog om 12. mars-nedstengingen: Ville ha «sjokkeffekt», 14. april 2021: <https://www.vg.no/nyheter/i/41koqG/guldvog-om-12-mars-nedstengingen-ville-ha-sjokkeffekt> ↩
9. Mulige kilder til helsemyndighetenes bruk av “føre-var” i forbindelse med bekjempelsen av Covid-19 er §9 i naturmangfoldloven eller definisjonen i [UNESCOs World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology \(COMEST\) i 2005](#) (s.13). Hvis vi f.eks. forsøker å erstatte “naturmiljø/-mangfold” med “liv og helse” i naturmangfoldloven §9 ser vi med en gang feilslutningen i å bruke “føre-var” slik myndighetene har gjort: Manglende kunnskap om risiko for følgeskader på lang sikt ved iverksettelse av tiltak har potensielt en like alvorlig og irreversibel virkning som risikoen ved å unnlate å treffe tiltak har på kort sikt. Manglende kunnskap gir altså ikke i seg selv grunn til å gjennomføre tiltak med skadevirkning slik helsemyndighetene ser ut til å mene. Forholdet til COMEST definisjonen er enda mer problematisk. Den moralske tiltaksplikten til å redusere skade som definisjonen legger til grunn forutsetter i de to første punktene at det er vitenskapelig plausibelt, men usikkert at tiltak er bra for liv og helse. Når tiltak som iverksettes også har skadevirkninger for liv og helse forutsetter det en *vitenskaplig* undersøkelse både av nytteeffekten og av skadevirkningen av tiltaket. Helsemyndighetene har ved flere tilfeller benyttet matematisk modellering av mulig positiv effekt av tiltak og verstefallskonsekvens ved ikke å innføre tiltak for å begrunne tiltakene. Det er to problem med framgangsmåten. Skadeeffekt av tiltak har ikke blitt modellert på tilsvarende måte som nytteeffekt og matematisk modellering er ikke i seg selv vitenskapelig. Det siste er lett å innse ved å sammenligne matematisk modellering med empiriske undersøkelser eller spørreundersøkelser. En rekke angivelige vitenskapelige undersøkelser har blitt trukket tilbake i løpet av pandemien fordi det har vært gjort metodefeil. Det blir heller ikke vitenskap bare av å stille spørsmål, f.eks. om befolkningen foretrekker lover og regler for å styre isolasjon og karantene slik befolkningsundersøkelsen Helsedirektoratet viser til gjør. Det stilles krav både til metode og at resultatet av både matematisk modellering og spørreundersøkelser skal være tilgjengelige for evaluering for at de skal være vitenskapelige. For at resultatet skal være vitenskapelig plausibelt må det i tillegg finnes flere undersøkelser av forholdet og samleundersøkelser må vise sannsynlighet for at tiltaket har nettoeffekt når skadevirkninger tas med i betraktningen. Det kan vi ikke se at er tilfellet, det blir ikke lagt en eneste undersøkelse til grunn, ikke engang en uvitenskapelig en, og slett ingen samleundersøkelser. Det neste punktet er enda mer problematisk. Tiltakene helsemyndighetene har gjennomført i forbindelse med covid-19-pandemien, f.eks. skolestengninger og smittekarantene har latt barn og unge bære store deler av tiltaksbyrden, tiltak som i første rekke har kommet eldre og døende til gode. Det har vært en enorm overføring av verdier i samfunnet fra de yngre generasjonene som ikke har hatt risiko for liv og helse fra pandemien og til de eldre, utdøende generasjonene. Dette kan lett ses ved at gruppen som er rammet av pandemien og som har dødd av covid-19 og som derved er den gruppen som har nytt godt av de harde tiltakene, har en gjennomsnittsalder på 83 år og median alder 85 år i følge [FHI](#). Dette er i overkant av forventet levealder; 82,6 år ifølge [SSB](#). Moralsk mener vi at dette er urettferdig overfor dagens unge generasjoner og derved i direkte motstrid til punkt 3 i COMEST definisjonen. Menneskerettighetene blir heller ikke tilstrekkelig ivaretatt fordi vurderingene av nødvendigheten av iverksettelse av tiltak ikke ser ut til å ta hensyn til plausible scenarier, men legger verstefallsecenarier som ikke er

vitenskaplig forankret til grunn for innføring av tiltak, men ikke for vurdering av skade av tiltak. ↩

10. FHI: COVID-19-EPIDEMIEN: Risikovurdering og respons i Norge, 12.03.2020:
<https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/notat-om-risiko-og-respons-2020-03-12.pdf> ↩
11. NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien, 14. april 2021 (s.148):
<https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/blogs.dir/421/files/2021/04/Koronakommisjonens>
12. Folkhälsomyndigheten: Pandemiberedskap 2019, artikkelnummer 19074-1:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b6cce03c4d0e4e7ca3c9841bd96e6b3a/pandemil-hur-vi-forbereder-oss-19074-1.pdf> ↩
13. Expressen, 29 mar 2020: Tegnell: Det vi gör i landet måste ha effekt:
<https://www.expressen.se/nyheter/coronaviruset/tegnell-det-vi-gor-i-landet-maste-ha-effekt/> ↩
14. Aftenposten: De er flere enn før. De er sykere enn før. 24.03.2022:
<https://www.aftenposten.no/norge/i/0GOpe6/de-er-flere-enn-foer-de-er-sykere-enn-foer> ↩
15. Prop. 91 L (2018-2019) Endringer i smittevernloven (lovrevisjon):
<https://www.regjeringen.no/contentassets/83a9df5f277a4a758030d67a2257fa79/no/pdfs/prp2018201>
16. Agenda magasin: Tenk om svenskene har rett? 15. mars 2020:
<https://agendamagasin.no/kommentarer/tenk-om-svenskene-har-rett/> ↩
17. Se koronakommisjonens første rapport s.156 og videre for en sammenligning av tiltak mellom Norge og Sverige:
<https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/blogs.dir/421/files/2021/04/Koronakommisjonens>
18. Fra koronakommisjonens intervju med Camilla Stoltenberg 20. januar 2021 (s.157):
<https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/blogs.dir/421/files/2021/04/Koronakommisjonens>