

Høringssvar portforbud covid-19

Innholdsliste

Høringssvar portforbud covid-19.....	1
Oppsummering.....	1
Begrunnelse.....	2
Bruk av matematisk modellering av pandemi som beslutningsgrunnlag.....	2
Integriteten til datagrunnlaget.....	5
Testing med PCR og "svake positive" prøvesvar.....	6
Frakoblingen av smitte fra sykdom.....	6
Forholdsmessighet og føre-var.....	7
Lengden på portforbudet.....	8
Gjensidig tillit.....	9
Konklusjon.....	9
Kontaktinformasjon.....	9

Oppsummering

Slik forslaget er utformet av departementet er det stor sannsynlighet for at noe som oppfattes som en usikker situasjon vil medføre at manglende oversikt fra myndighetenes side vil oppfylle de svake og lett manipulerbare vilkårene som foreslås for innføring av portforbud, og dermed medføre at det nye verktøy tas i bruk. Dette vil kunne skje uten at det foreligger noe smittevernaglig grunnlag som gjør portforbud virkningsfullt eller nødvendig hvis praksisen fra tidligere situasjoner med usikkerhet i covid-19 håndteringen videreføres.

- Matematiske modeller av pandemien må utelukkes som beslutningsgrunnlag for portforbud. Det er et verktøy som ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert og det er beheftet med alt for stor usikkerhet til å kunne rettferdiggjøre slik bruk.
- Et portforbud må ikke kunne innføres uten at det er tilstrekkelig tid til å kvalitetssikre datagrunnlaget som danner grunnlaget for tiltaket.
- Dersom testresultat skal benyttes til å innføre portforbud må informasjon om andel "svakt positive PCR" svar være tilgjengelig både for beslutningstagerne og for allmennheten for å sikre at testresultatene avspeiler smitten og ikke er bilde av en historisk smittesituasjon.
- Smittevernloven krever en "klar" medisinskaglig begrunnelse. At mangel på TISK kapasitet skal være en slik klar begrunnelse i forbindelse med covid-19 fremstår som søkt, og portforbud må på denne bakgrunn ikke kunne innføres kun på grunnlag av manglende TISK kapasitet eller at smittesporing ikke lar seg gjennomføre.
- For å være føre-var må et portforbud ikke omfatte barn og unge voksne. Portforbud må ikke gjelde for personer under 25 år.
- Portforbud på 21 dager er ubegrunnet langt. Følg Østerrike og tillat maksimum 7 dagers lengde og maksimum 2 forlengelser med samme varighet. Det sikrer mulighet til portforbud i en tilstrekkelig lang karanteneperiode og realistisk mulighet til å korrigere feilaktig innføring.
- Det er ikke formålstjenlig med portforbud for oss som folk og ikke forenlig med den tilliten befolkningen har vist til myndighetenes håndtering av covid-19.

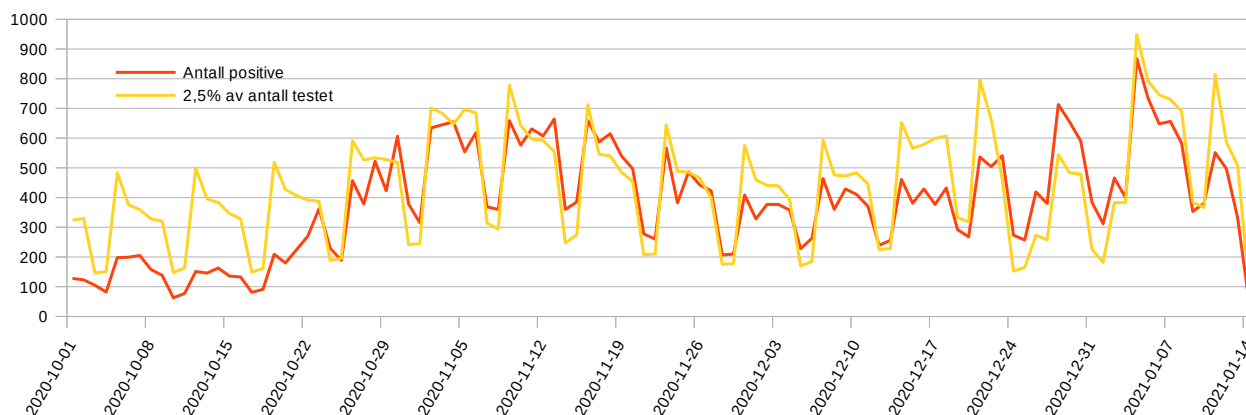
Det er heller ingen realiteter hverken ved sykdommen eller ved befolkningens respons på tiltak så langt i covid-19 pandemien som tilsier at tiltaket vil være formålstjenlig. Forslaget må avvises.

Begrunnelse

Bruk av matematisk modellering av pandemi som beslutningsgrunnlag

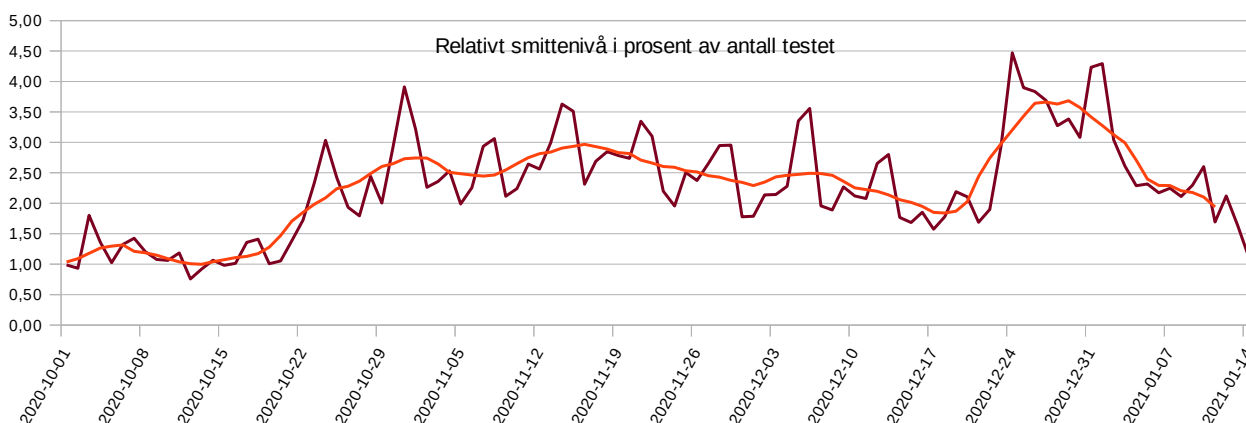
Bruk av resultat fra matematisk modellering av pandemi som beslutningsgrunnlag for innføring av portforbud er svært betenkelig. Viser her først et konkret eksempel som illustrerer problemet og begrunner deretter hva problemet består i.

For å kunne se hvordan antall smittede i Norge forholder seg til antall testede har jeg plottet 2,5% av det totale antallet som ble testet for covid-19 og antall som er oppgitt med positiv test i perioden fra 01/10/2020 til 15/01/2021 i figur 1. Tallene ble hentet fra FHI¹ sine nettsider 15/02/2021.



Figur 1 Antall positive tester og 2,5% av totalt antall tester (negative+positive)

Det relative antallet som er registrert med positiv test, dvs. prosentandelen av de testede som tester positivt i samme tidsrom er vist i figur 2 under (burgunder linje). Dette er et bilde på avstanden mellom de to kurvene i figur 1. Når den gule linjen ligger høyere enn den røde er det relative nivået lavere enn 2,5% og motsatt, når den røde linje ligger høyere enn den gule er nivået over 2,5%. Denne figuren inkluderer 7 dagers middelerverdi (rød linje).



Figur 2 Antall positive tester i forhold til antall testede, den røde linjen er 7-dagers middelerverdi

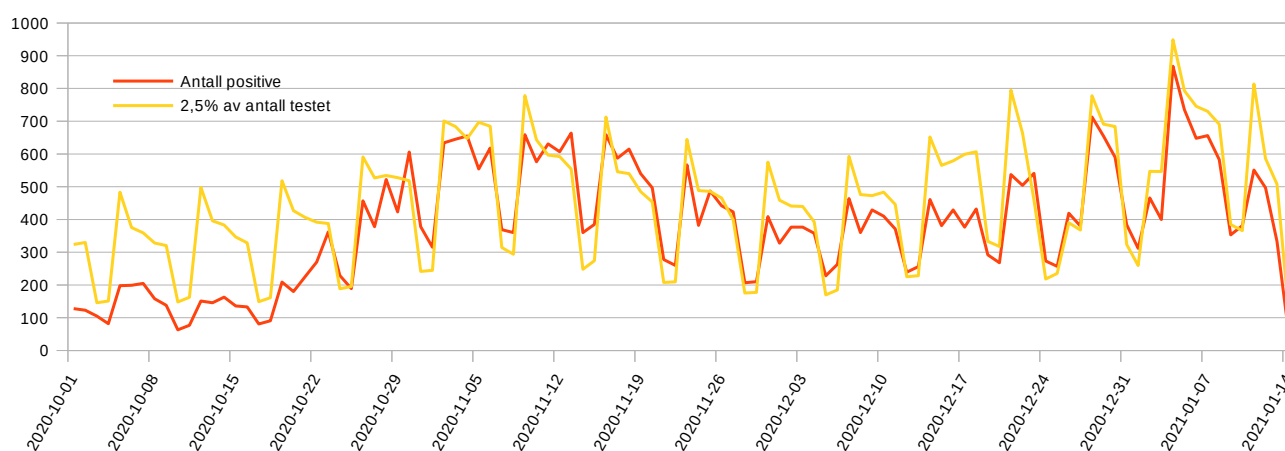
En generell observasjon fra disse to figurene er at det relative smittenivået øker hver helg (figur 2), samtidig som testaktiviteten på de samme helgedagene ser ut til å være bortimot halvert i forhold til den gjennomsnittlige daglige aktiviteten i ukene før og etter (gul linje i figur 1). Det relative smittenivået viser altså en tydelig

1 [Statistikk om koronavirus og covid-19](#)

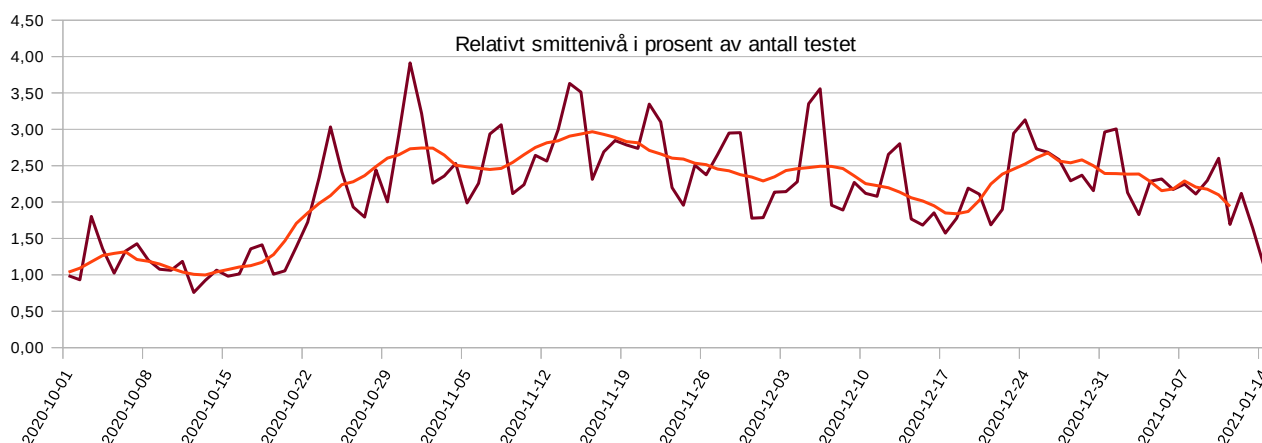
sammenheng med antall testede, jo flere som testes, jo lavere blir den relative smitten og motsatt, jo færre som testes jo høyere blir den relative smitten.

Hvis vi ser på figur 1 så ser vi at den gule kurven ligger betydelig lavere i julen (11 dager fra 24/12/2020 og til 03/01/2021) enn tidligere i desember. Det betyr at testnivået gikk betydelig ned i denne perioden. Hvis vi summerer antall testede i denne perioden så ser vi at 141159 personer er registrert testet. I 11-dagersperioden som startet 2 uker tidligere, 10/12/2020 så var antallet som ble testet 201449, en nedgang i antall personer som testet seg på 30%.

Vi kan tenke oss at befolkningen følger myndighetenes råd, smittesporingen fungerer, at hoveddelen av de som har symptom og har vært utsatt for risiko testet seg i julen samt at den 30% nedgangen i antall testede i perioden i all hovedsak var symptomfrie personer som ikke var smittet og som strengt tatt ikke hadde stort behov for testing. Da kan vi gjøre en enkel korreksjon på kurvene ved å korrigere antall testede i perioden for de som har unnlatt å teste seg i forbindelse med julehøytideligheten (sett antall = antall / (1 - 0,3)). Den korrigerte versjonen av figur 1 vises i figur 3 og tilsvarende viser figur 4 den korrigerte versjonen av figur 2 for det relative smittenivået.



Figur 3 Antall positive tester og 2,5% av totalt antall tester, korrigert for redusert testing fra 24/12 - 03/01

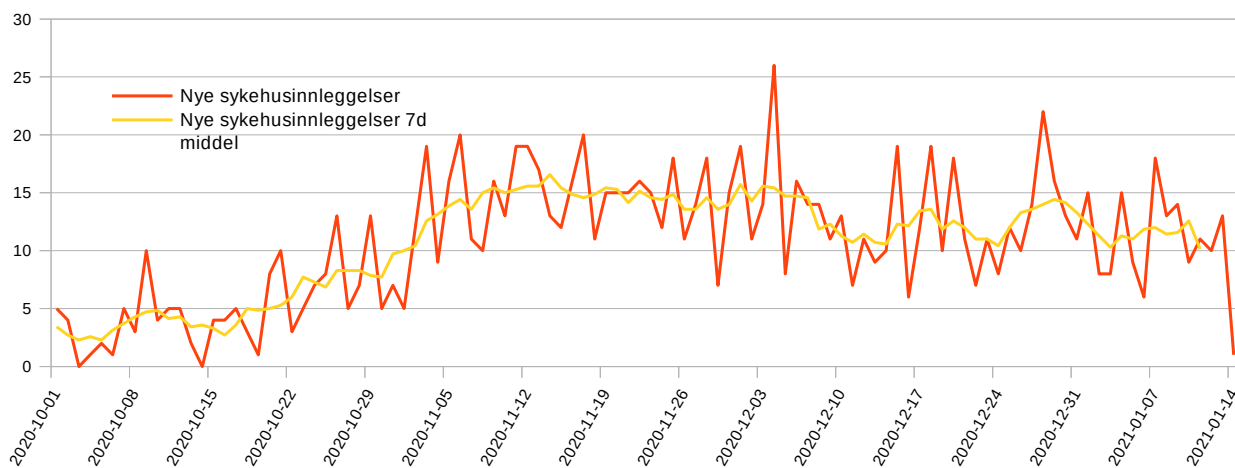


Figur 4 Antall positive tester i forhold til antall testede, korrigert for redusert testing fra 24/12 - 03/01, den røde linjen er 7-dagers middelerverdi

Det ser nå ut som om det var en mindre relativ økning av smitte i starten av jula, i perioden 24-26 desember, og deretter fortsatte det relative smittenivået å synke jevnt. Dette er forøvrig helt i samsvar med bildet i den ukorrigererte situasjonen (figur 2) hvor det ser ut som om den relative økningen er større i starten av jula, for deretter å falle enda raskere gjennom jula. Selv om FHI har endret data siden 3. januar så var dette lett synlig også da.

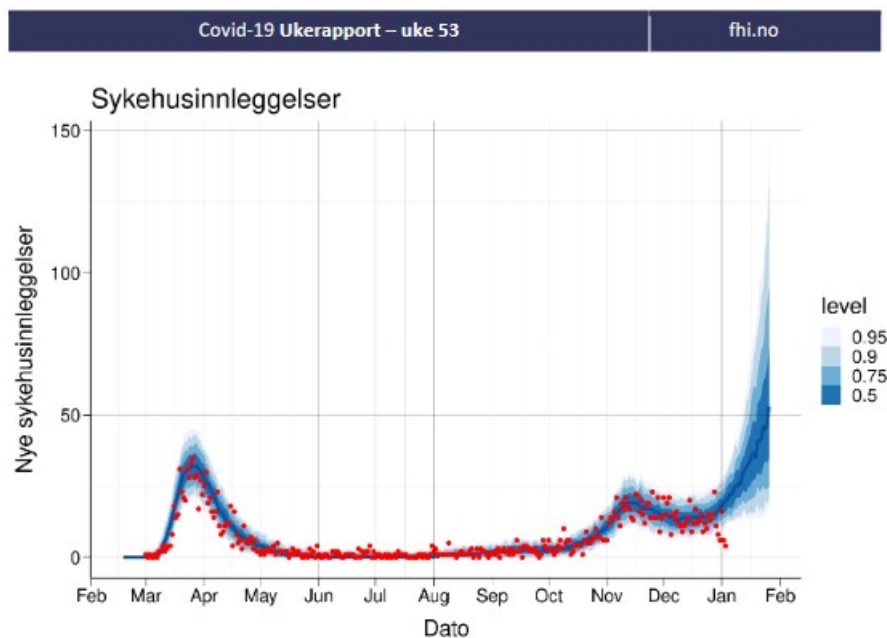
Den relative smitteøkningen 24-26 desember må nødvendigvis være forårsaket av forhold som fant sted før jul og ikke av hvordan nordmenn feiret julen. Videre ser det ikke ut til at tiltakene som ble satt i verk 4. januar har medført at den fallende tendensen til det relative smittenivået som startet etter økningen i begynnelsen av julen har endret seg. Smittetallene viser med andre ord at disse nye tiltakene ikke ser ut til å ha noen betydning for smitteutviklingen så langt.

Figur 5 viser at 7-dagersmiddelverdien for sykehusinnleggelser har ligget mellom 10 og 17 daglige innleggelser siden starten av november. Om det kan sies noe om trend så ser det ut til at den er synkende fra begynnelsen av desember.



Figur 5: Pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen per dag, etter innleggingsdato

FHI viste i ukerapporten for uke 53² en prognose for sykehusinnleggelser basert på sin matematiske modellering av pandemien (figur 6). Den predikerer en dramatisk økning.



Figur 32. Antall nye innleggelser på sykehus fra modellen sammenlignet med data fra BEREDT C19 beredskapsregistret (rødt), 17. februar 2020–3. januar 2021. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Figur 6: Modellert prediksjon for sykehusinnleggelser fra FHI 3. januar.

Modellen de benytter beskriver de slik på sine nettsider³: *"Resultatene fra modellen er beheftet med usikkerhet på grunn av tilfeldighet i smittespredningen, tilfeldighet i mobilitet (om det er smittsomme eller mottakelige som reiser for eksempel) og usikkerhet i de kalibrerte parameterne. I tillegg er det flere kilder til usikkerhet som modellen ikke fanger opp, og vi tar ikke høyde for usikkerhet knyttet til modellens øvrige parametre. Modellen er en forenklet representasjon av virkeligheten og bygger på en antakelse om gjennomsnittlig atferd i befolkningen på tvers av alder."* Denne modellen viste i ukerapporten for uke 53 at reproduksjonstallet var 1,4 og det ble gitt inntrykk av at årsaken til økningen i reproduksjonstallet var nordmenns reising hjem til jul og omgang med familie og venner i julen. Med dette som grunnlag strammet regjeringen kraftig inn på tiltakene mot covid-19. Nye tiltak ble kunngjort søndag 3. januar og de ble iverksatt 4. januar 2021. Jeg regner med at omfanget av tiltakene som ble iverksatt på dette grunnlaget er kjent.

I ukerapporten for uke 1 oppgir FHI at de har forbedret modellen sin og at de har gjort nye analyser som ikke tar hensyn til sykehusinnleggelser (figur 5) og at de da kommer fram til at reproduksjonstallet var 1,0 den 4. januar. *"Vi oppdaterer løpende parameterne i modellen, når ny kunnskap og bedre data blir tilgjengelig. Samtidig jobber vi stadig med å forbedre metodene vi bruker for å tilpasse modellen til data."*

Her har vi dessverre en situasjon der matematisk pandemimodellering ser ut til å ha vært grunnlag for tilstramming med strenge tiltak der det ved nærmere undersøkelse av beslutningsgrunnlaget ser ut som om grunnlaget er feilaktig og at tiltakene er lite virksomme. En artikkel i Tidsskriftet for den norske legeforening belyser problemene med modellering av pandemien. Artikkelen sier blant annet at⁴: *"Siden pandemimodeller i liten grad valideres med tanke på treffsikkerhet, vil prediksjonene de gir, vanskelig kunne betegnes som kunnskapsbaserte."* Det er også verdt å ta lærdom av at andre har feilet spektakulært med matematisk modellering tidligere i denne pandemien⁵.

Den foreslåtte forskriften ser ut til å søke å hjemle bruk av portforbud med bakgrunn i forebyggende tiltak. Departementet sier at *"Smittevernloven hjemler følgende tiltak for å forebygge en mulig fremtidig situasjon."* De peker på at mangel på TISK kapasitet og at en prediksjon av smittesituasjonen kan være grunnlag for portforbud.

Så hvilke verktøy har helsemyndighetene og regjeringen til rådighet for å kunne forutsi et mulig fremtidig problem med smittesituasjonen? Det verktøyet som mest sannsynlig vil bli benyttet er det samme verktøyet som ble benyttet til å begrunne innstramningen 4. januar, matematisk pandemimodellering. En modell der noen av parametrene i modellen er basert på gjetning og andre parametre stadig må modifiseres med erfaringsdata for å passe til virkeligheten. Modellen var ikke i stand til å ta hensyn til at nordmenn oppførte seg annerledes enn normalt i jula. Den ble deretter modifisert til ikke å ta hensyn til sykehusinnleggelser og stemmer så angivelig bra med virkeligheten igjen. Problemet er at ingen vet hva som må modifiseres neste gang før etter at det har hendt. Hva var begrunnelsen for å benytte sykehusinnleggelser i modellen i første omgang, og hvorfor er det nå rasjonelt ikke å gjøre det? Modellen har derfor begrenset verdi til å forutsi framtiden og er uegnet som beslutningsgrunnlag. Det er betenkelig at plausibilitet til slike betydelige utslag ikke valideres tilstrekkelig. I dette tilfellet ville et regneark gjort denne jobben den 3. januar.

Matematiske modeller av pandemien må på dette grunnlaget utelukkes som beslutningsgrunnlag for portforbud. Det er et verktøy som ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert og det er beheftet med alt for stor usikkerhet til å kunne rettferdiggjøre slik bruk.

Integriteten til datagrunnlaget

Integriteten til datagrunnlaget er et stort tilleggsproblem når en matematisk modell benyttes som beslutningsgrunnlag, spesielt for et så inngripende tiltak som et portforbud og særlig når departementet legger vekt på at tiltaket skal kunne innføres raskt, og til og med over hele landet.

3 [Koronavirus-modellering ved FHI](#)

4 [Pandemimodellering – hvorfor så vanskelig?](#)

5 [Special report: The simulations driving the world's response to COVID-19](#)

En matematisk pandemimodell er følsom for endringer i datagrunnlaget i tillegg til at den er beheftet med store usikkerheter og mangler. Det betyr at manipulasjon av datagrunnlaget kan endre resultatet av modelleringen. Dette kan skje ved ytre påvirkning som f.eks. resulterer i endring i testomfang slik det skjedde i juleferien med "*Joker Nord*"⁶ tilstrammingen som resultat. Tilsvarende kan vi tenke oss at redusert testing på bakgrunn av dårlig vær, påskeferie eller kanskje et sesongavhengig oppsving av coronasmitte i september kan gi et lignende resultat av modelleringen. Det er også betydelig mulighet for at tekniske feil og forsinkelser kan påvirke registreringsprosessen eller datainnsamlingen og unødig påføre oss portforbud eller at en trusselaktør⁷ kan gjøre det samme med hensikt.

Når det spesielt legges vekt på muligheten for at forskriften skal legge til rette for at innføring av portforbud skal kunne skje raskt, vil prosessen være spesielt utsatt, både for tilsiktet og utilsiktet manipulasjon av datagrunnlaget.

Et portforbud må av den grunn ikke kunne innføres uten at det er tilstrekkelig tid til å kvalitetssikre datagrunnlaget som danner grunnlaget for tiltaket.

Testing med PCR og "svake positive" prøvesvar

FHI sier på sine nettsider om testkriterier⁸ "*Ved kjent gjennomgått infeksjon de siste månedene må et positivt PCR-prøvesvar tolkes med forsiktighet. Dette er fordi det ved PCR kan påvises ikke-infeksiøse virusrester (ikke-replikerbart virusarvestoff) i lang tid (opptil to-tre måneder) etter at personen ikke lenger er smittsom. Dette bør også vurderes ved svakt positivt resultat hos asymptomatisk person uten økt smitterisiko, da flesteparten av de med svakt positiv PCR (ct-verdi over 33) vil være over den smittsomme perioden.*".

FHI oppgir ikke andelen av de positive testene som har et "svakt positivt PCR" svar slik de selv definerer dem, hverken i datagrunnlaget på sine nettsider eller på forespørsel.

Dersom testresultat skal benyttes til å innføre portforbud må denne informasjonen være tilgjengelig, både for beslutningstagerne og for allmennheten for å sikre at testresultatene som benyttes som grunnlag for avgjørelsen avspeiler den aktuelle smitten og ikke er bilde av en historisk smittesituasjon.

Denne informasjonen bør forøvrig være allment tilgjengelig, uansett om den benyttes som beslutningsgrunnlag for portforbud eller ikke.

Frakoblingen av smitte fra sykdom

Departementet støtter seg til Helsedirektoratet for å kunne forsvare portforbudet faglig. Helsedirektoratet angir blant annet: "*Eksempel på dette [situasjoner som gjør portforbud nødvendig] kan være et større utbrudd der man ikke kjenner smitteveien til veldig mange. Man har da ikke kontroll, og vil kunne måtte stenge ned før kapasitetstreskel er nådd dersom det skal være mulig å opprettholde kapasitet, eksempelvis innen TISK.*". En vurdering som står i sterk kontrast til vurderingen fra fagmyndigheten, FHI.

Det er problematisk at departementet følger Helsedirektoratet og lar grunnlaget for innføring av portforbud hvile på muligheten til å miste kontrollen over smittesporingen av flere grunner.

Smittesporing gjennomføres ved hjelp av telefon og dersom kommunikasjonsmulighetene er utilgjengelige i en periode, for eksempel som følge av uvær, skred eller andre, kanskje tekniske forhold, vil det lett kunne føre til at ansvarlige myndigheter ikke føler at de har kontroll og at de da vil argumentere for at portforbud i 21 dager er helt "nødvendig", selv om vi alle f.eks. sitter innesnødd eller strømmen har gått. Det samme vil kunne hevdes ved forhold som midlertidig personellmangel til gjennomføring av smittesporing. Sammenholdt med at Helsedirektorat synes komfortable med å benytte et kraftig virkemiddel som portforbud som skremsele eller "signaleffekt" som de selv kaller det, gir dette alene grunn til å avvise forslaget med den begrunnelsen at muligheten for unødig bruk synes alt for lett tilgjengelig.

6 [Regjeringens informasjonsstrategi: Joker Nord i praksis?](#)

7 [Datainnbruddet i Stortinget](#)

8 [Testkriterier for koronavirus \(coronavirus\)](#)

Et annet momentet er at smitten frikobles fra sykdommen. Covid-19 har en forholdsvis definert risikogruppe og både forbedret behandling, vaksine og allerede gjennomgått sykdom er forventet å redusere forekomsten av alvorlig sykdom for personer som smittes av covid-19 og som er i risikogruppen for alvorlig forløp. Til å være definert som en allmennfarlig sykdom gir denne sykdommen usedvanlig gode muligheter både til overlevelse og til å unngå alvorlig sykdom, en mulighet som forbedres for hver dag som går.

Departementet legger også opp til at en vid definisjon av smitte skal legges til grunn. *"For covid-19 kan det være vanskelig å avgjøre hvem som er smittet i og med at mange ikke har symptomer, noe som kan tilsa at begrepet må tolkes vidt."* Grunnen beredes for at portforbud skal kunne innføres selv om ingen har symptom og ingen er syke.

Det er også verdt å kommentere at flere områder i landet allerede har vært på "nivå 5" som angis som tilstrekkelig grunn til å innføre portforbud. Likevel har ikke dette medført fulle sykehus og et utmattet helsevesen.

Helsevesenet har ikke hatt problem med å håndtere smitte på dette nivået og dødeligheten i landet er historisk lav.

Smittevernloven krever en "klar" medisinskfaglig begrunnelse. At mangel på TISK kapasitet skal være en slik klar begrunnelse i forbindelse med covid-19 fremstår som svært søkt, og portforbud må på denne bakgrunn ikke kunne innføres kun på grunnlag av manglende TISK kapasitet eller at smittesporing ikke lar seg gjennomføre.

Forholdsmessighet og føre-var

En beregning av gjennomsnittet av tapte kvalitetsjusterte leveår, QALY, i henhold til *"Forventede gjenværende QALYs og livskvalitetsvekter i den generelle befolkning"*⁹ og aldersfordelingen som er oppgitt i FHI's dagsrapport i uke 1 for de norske ofrene for covid-19, viser en verdi på omtrent 7 år og 508 døde. Det er da ikke tatt hensyn til at en stor del av ofrene hadde komorbiditet som reduserer det forventede tapet av leveår. Det er ikke mulig for allmennheten å fastsette dette tallet bedre fordi myndighetene ikke oppgir komorbiditet relatert til dødsfall og alder. Hvis vi antar at komorbiditet i gjennomsnitt reduserer QALY med 40% for covid-19 offer, noe som kan synes rimelig ut fra informasjonen som er tilgjengelig, så vil den gjennomsnittlige verdien på tapte leveår ligge på rundt 4 år.

Til sammenligning så er QALY for et nyfødt barn, en tiåring og en tyve år gammel person oppgitt til henholdsvis 69,1, 60,4 og 51,6 år. Det gir forholdstall på henholdsvis 17, 15 og 13, eller sagt på en annen måte, ett dødt spedbarn på bakgrunn av covid-19 tiltak tilsvarer 17 covid-19 offer hvis vi legger en slik betraktning til grunn.

Dette eller lignende måltall står fram som relevant når forholdsmessighet i tiltak skal vurderes og begrunnes. Det er lite som tyder på at sykdommen er farlig for barn og unge, samtidig som denne gruppen befinner seg i en spesielt utsatt og sårbar fase av livet.

Departementet angir at smittevernloven bygger på et "føre var" prinsipp. I tillegg presiserer loven at tvangstiltak ikke skal være uforholdsmessige.

Førevarprinsippet er et prinsipp som kan anvendes både for å håndtere smitteutbredelsen og for å sikre at tvangstiltak er forholdsmessige. Det har i begrunnelsene fra helsemyndighetene være en tendens til å behandle usikkerhet som grunnlag for strenge tiltak. FHI's leder Camilla Stoltenberg uttalte 17. januar¹⁰ *"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."* Det er i dette resonementet implisitt at usikkerhet er farligere enn strenge tiltak, selv om konsekvensene av tiltakene ikke kvantifiseres eller at risikoen ved usikkerhet blir forsøkt fastsatt.

På pressekonferansen på statsministerens kontor 12. mars 2020 sa helseminister Høie at *"Kanskje du ikke er redd for din egen del, men du må være med på å begrense smitte av hensyn til bestemoren din som er høyt oppe i årene, lillesøsteren din som har astma eller for naboen som har kreft."* På dette tidspunktet var det kjent for italienske helsemyndigheter at ingen barn i alderen 0-18 år var innlagt på sykehus med covid-19 og ingen var døde^{11,12}. De

9 [Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler](#)

10 [FHI tok feil om smittetall i jula – mener strenge tiltak var riktig likevel](#)

11 [Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità,Roma, Epidemia COVID-19, 09 marzo 2020](#)

12 [Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità,Roma, Epidemia COVID-19, 12 marzo 2020](#)

listet også opp 10 sykdommer som var diagnostiserte komorbiditeter hos de 803 personene som på det tidspunktet hadde mistet livet til covid-19 i Italia¹³, men astma var ikke blant disse sykdommene. Astma har heller ikke senere blitt identifisert som en risikofaktor. Med denne bakgrunnsinformasjonen stengte først helsedirektoratet og senere regjeringen skolene, barnehagene og helsestasjonene og holdt dem stengt i to måneder. En av begrunnelsene som ble benyttet var at det var usikkerhet rundt hvilken rolle barn spilte i smittespredningen.

Helseminister Høie skremte oss med uriktig informasjon om covid-19 risiko for barn med astma. Mange foreldre ble redde og støttet stenging av skoler, barnehager og helsestasjoner. Helsedirektoratet er ikke fremmed for å benytte portforbud som "signaleffekt" og FHI ser ut til å se bort fra skadevirkningene ved tiltak i situasjoner med usikkerhet til fordel for sterke tiltak for å skaffe seg "oversikt". Helsemyndighetene og regjeringen ser ut til i for stor grad å lene seg på et resonnement som ligner på det Ron Suskin formulerte i sin bok *"The One Percent Doctrine"*¹⁴ i situasjoner med usikkerhet. På norsk lyder doktrinen slik: *"Selv om det bare er én prosents sjanse for at det utenkelige skal skje, ager som om det er helt sikkert. Det handler ikke om vår analyse, eller å finne fakta og bevis, men om vår respons."*

Doktrinen finnes også i en modifisert utgave hvor kravet om én prosent er byttet ut med "mere-enn-null": *"Dersom det er mer enn null prosents sjanse for at det utenkelige skal skje, ..."*. En respons basert på et slikt resonnement i situasjoner med usikkerhet for å skaffe seg oversikt tar ikke tilstrekkelig hensyn til forholdsmessigheten i tiltakene. Helsemyndighetene håndterer usikkerhet med brutalitet i forsøk på å opprettholde kontroll. Hensynet til barn og unge settes til side i det godes navn i et slags "målet helliger middelet" resonnement som synes å koble seg fri fra kjent kunnskap om sykdommen, smittevern og skadevirkninger fra tiltak. Det forholder seg bare til muligheten til å agere som om usikkerhet er ekstremt farlig, helt sikkert.

Denne doktrinen ble ifølge Suskin i sin tid formulert av USAs daværende visepresident Cheney og var en respons på muligheten for at Pakistanske vitenskapsmenn hjalp al Queda med å lage atomvåpen. Fakta og bevis var ikke lenger relevant som grunnlag for tiltak. Antagelig var motivasjonen for doktrinen å skremme mulige terroristeter. Når samme logikk nå anvendes som respons på et virus sier det seg selv at det ikke er viruset som blir skremt, det er oss, befolkningen, og sannsynligvis også beslutningstagerne selv.

Hvis vi sammenholder mangelen på hensyntagen til barn og unge som myndighetene har vist i tiltakene som allerede har vært iverksatt med betraktningene rundt tapte leveår for covid-19 ofre og barn, så tegner det seg et bilde som som er egnet til bekymring. Neste gang helsemyndighetene mangler oversikt så vil barn og unge bli ofret igjen, uten å ta hensyn til forholdsmessighet eller sykdomsrisiko. Det er ikke å være føre-var.

Vi må ikke tåle så inderlig vel, den urett som rammer barn og unge. Barn og unge er mer verdt enn oss og fortjener en bedre behandling enn den de har fått fra helsemyndighetene og regjeringen gjennom harde tiltak siden mars.

For å være føre var må derfor et portforbud ikke omfatte barn og unge voksne. Portforbud må ikke gjelde for personer under 25 år.

Lengden på portforbudet

Forslaget legger opp til at et portforbud skal vare i 21 dager med mulighet til forlengelse i 14 dager. Det oppgis ingen begrensning i hvor mange ganger portforbudet kan forlenges. Det oppgis heller ingen smittevernfarelig grunnelse for at portforbudet skal vare i 21 dager.

Et så langvarig portforbud i forbindelse med covid-19 fremstår som fullstendig ubegrunnet og det må være lov å spekulere i årsaken til at forslaget er så omfattende. I følge VG¹⁵ ønsket regjeringen i mars i utgangspunktet krisefullmakter fram til desember 2021, til over stortingsvalget. Er dette forslaget et forsøk på å skaffe seg tilsvarende maktmidler?

13 https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_13_marzo.pdf

14 *The One Percent Doctrine* av Ron Suskind, ISBN13: 9781416534334, s.62

15 [Kilder til VG: Regjeringen ville ha kriselov ut 2021](#)

Portforbud på 21 dager er ubegrunnet langt. Følg Østerrike og tillat maksimum 7 dagers lengde og maksimum 2 forlengelser med samme varighet. Det sikrer mulighet til portforbud i en tilstrekkelig lang karanteneperiode og realistisk mulighet til å korrigere feilaktig innføring.

Gjensidig tillit

Det at et forslag om portforbud for å håndtere covid-19 i det hele tatt fremmes er en kile som truer den høye tilliten som har eksister mellom myndighetene og befolkningen i Norge. Denne tilliten har medført at befolkningen eksemplarisk har fulgt smittevernslått og oppfordringene fra myndighetene. Dødeligheten i Norge er lavere enn den noen sinne har vært. Det framstår som uforståelig at myndighetene nå ser ut til å forsøke å ødelegge denne tilliten ved å fremme dette forslaget, det er kun egnet til å nøre opp under spekulasjoner om hva hensikten er, siden det ikke er mulig å finne smittevernslått grunner som er større enn et halmstrå.

Av denne grunn alene må forslaget avvises, det er ikke formålstjenlig for oss som folk og ikke forenlig med den tilliten befolkningen har vist til myndighetenes håndtering av covid-19.

Konklusjon

Slik forslaget er utformet av departementet er det stor sannsynlighet for at noe som oppfattes som en usikker situasjon vil medføre at usikkerhet og manglende oversikt fra myndighetenes side vil oppfylle de svake og lett manipulerbare vilkårene som foreslås for bruk for innføring av portforbud og dermed medføre at det nye verktøyet er tillatt brukt. Sannsynligheten er stor for at det vil bli brukt, angivelig for å skaffe "oversikt", uten at det er noen smittevernslått realitet bak som gjør det virkningsfullt eller nødvendig hvis praksisen fra tidligere situasjoner med usikkerhet i covid-19 håndteringen følges fra regjeringens side.

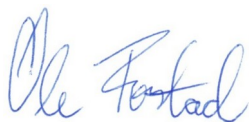
Flere områder i landet har allerede har vært på "nivå 5" som angis som tilstrekkelig grunn til å innføre portforbud. Likevel har det ikke medført fulle sykehus og et utmattet helsevesen. Helsevesenet har ikke hatt problem med å håndtere smitte på dette nivået og dødeligheten i landet er svært lav. Befolkningen følger helsemyndighetens råd og har enn så lenge tillit til at de gjør sitt beste for befolkningen.

Dette forslaget, med de svake kravene for at det skal kunne benyttes, er et knyttneveslag midt i ansiktet på folket. Kommunene har allerede muligheten til å bruke virkemiddelet, og det er ingen ting i hverken sykdommens forløp, sykdommens utbredelse i landet eller befolkningens oppførsel som tilsier at portforbud vil være hverken nødvendig eller effektivt som smitteverntiltak i Norge.

Det vil være skadelig for landet om et slikt forslag blir vedtatt, forslaget må avvises. Det er ikke forholdsmessig å skyte spurv med kanon.

Kontaktinformasjon

Dette høringsvaret er sendt inn av borger og sikkerhetsanalytiker, Ole Fostad, og borger og spesialist i barnemedisin Annette Resch



Eventuelle henvendelser sendes til:

Ole Fostad
Bjerkealleen 8E
1363 Høvik

E-post: ole.fostad@gmail.com