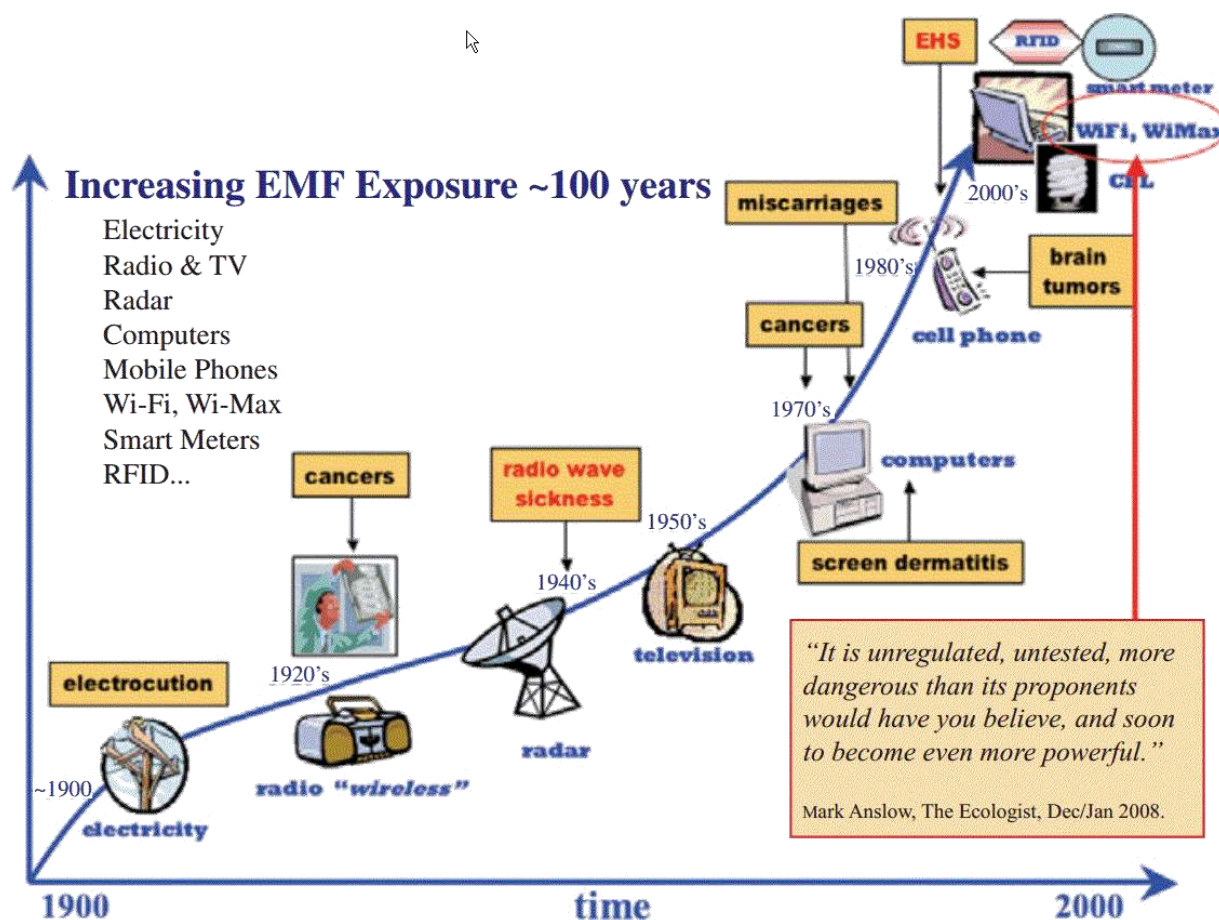


Sundhedsstyrelsen misinformerer Folketinget om elektromagnetiske felters helbredsskadelighed

Rapport af psykolog Eva Theilgaard Jacobsen



Camilla Rees and Magda Havas: "Public Health SOS" 2009

Rapporten må kopieres og publiseres digitalt og analogt under følgende forudsætninger:

1. rapporten fremtræder i sin helhed
2. rapporten må ikke ændres/redigeres
3. rapporten skal stilles gratis til rådighed

Indhold

FORORD	4
INDLEDNING.....	8
KAPITEL 1 SPØRGSMÅL 498	10
Neurologiske/neuropsykologiske skader som følge af elektromagnetisk stråling	10
SST ignorerer og underkender den positive EMF/EMR evidens.....	11
Industriens angreb på videnskaben: ”at skabe usikkerhed”	13
Tobaksindustrien viser vejen.....	14
at skabe stærk uenighed.....	15
Institutionel korruption.....	15
Sundhedsstyrelsens uvidenskabelighed.....	17
KAPITEL 2: SPØRGSMÅL 499	21
Andre landes forholdsregler mod EMF/EMRs helbredsskadelighed.....	21
Andre beskyttelsesforanstaltninger	22
Per Clausens (EL) supplerende spørgsmål 561 og 562	22
SST misinformerer om andre landes grænseværdier og beskyttelsesforanstaltninger	26
ICNIRP	27
Ikke-ioniserende elektromagnetiske felter/stråling:(NIR).....	28
ICNIRPs termiske grænseværdier	29
Radiofrekvent/mikrobølgefrequent stråling i miljøet.....	29
Konkrete strålingsskader fra stråling i miljøet.	30
ICNIRPs grænseværdier for RF udstyr tæt på kroppen	30
SAR- et falsk og manipuleret mål	31
ICNIRPs grænseværdier for lavfrekvente elektromagnetiske felter	33
ICNIRPs opvarmningsdogme.....	35
ICNIRP: el- og teleindustriens forlængede arm	36
ICNIRP + WHO + Repacholi.....	37
WHO's Internationale EMF projekt (IEMFP).....	37
IEMF Projektet, ICNIRP og den korrupte forskning	39
ICNIRP kartellet.....	40
Anders Ahlbom	40
Christoffer Johansen.....	42
WHO's lobby- og kommunikationsstrategi	42
WHO's tidligere Generaldirektør Gro Harlem Brundtland	44
ICNIRP: US Militærs forlængede arm.....	45
Sovjetunionens forskning	46
US militærs egen dokumentation af ikke-termiske effekter.....	47
Ambassadeskandalen.....	49
”Pandora”, ”Bizarre”, ”Lilienfeld” og andre US militær projekter	50

Mikrobølgestrålingen er et våben.....	51
ICNIRPs og Sundhedsstyrelsens ”sikkerheds” grænseværdier er et falsum.....	53
En lang række helbredsskader.....	54
KAPITEL 3 SPØRGSMÅL 500	57
Elektromagnetisk stråling og hjernekræft.....	57
WHO's 2 B kategori for kræftfremkaldende agenser i miljøet.....	57
IARC klassificerer radiofrekvent stråling - ikke mobiltelefoni.....	59
Christoffer Johansens industribetalte og fejlbehæftede mobilforskning.....	59
WHO/IARC afviser Christoffer Johansens fejlbehæftede mobilforskning.....	61
Den alarmerende himmelflugt i de virkelige tal for hjernekræft i Danmark.....	62
Lavfrekvente elektromagnetiske felter ELF EMF forårsager også kræft.....	65
KAPITEL 4. SPØRGSMÅL 501	67
Elektromagnetisk stråling og EHS.....	67
SST redegør ikke for den Østrigske Lægeforenings retningslinjer.....	68
1. manipulation: mistænkeliggørelse.....	68
2. manipulation: referatfusk.....	69
3. manipulation: fortielse af den alarmerende EHS incidens.....	70
4. manipulation: misinformation om, at EHS ikke er EMF-udløst.....	71
5. manipulation: fortielse af formålet med retningslinjerne.....	72
6. manipulation: fortielse af EHS symptomer.....	73
7. manipulation: fortielse af den videnskabelige evidens.....	73
8. manipulation: fortielse af diagnostiske EHS undersøgelser.....	74
9. manipulation: fortielse af forebyggelse af EHS.....	75
10. manipulation: fortielse af EHS behandling og diagnosekode.....	76
Hvorfor manipulerer SST så gennemgribende om retningslinjerne?.....	76
Rubin et als falske subjektive EHS forskning.....	77
Hvordan Rubin et al laver falsk EHS forskning.....	77
Rubin et als andre metodefejl.....	78
De ikke-valide EHS forsøg baner vejen for psykiatisering af EHS.....	81
IEMFPs "Faktablad 269: Electromagnetic Hypersensitivity".....	81
"Faktablad 269" og de købte forskere Rubin et al.....	82
"Faktablad 269": et mesterstykke i misinformation.....	82
Joint venture mellem Repacholi og Rubin et al?.....	84
WHO IEMFP/Repacholi tager prisen.....	85
Psykiatisering af EHS - et politisk motiveret overgreb.....	86
1. Psykiatisering: ”IEI”.....	86
IEI - kemikalieindustriens smarte påfund.....	87
2. Psykiatisering: ”funktionel lidelse”.....	89
Psykiatisering af miljøsygdomme er social kontrol.....	91

Folketinget bedes anerkende EHS som en fysisk miljøsygdom.....	92
Referencer kapitel 1	93
Referencer kapitel 2	99
Referencer kapitel 3	105
Referencer kapitel 4	107
Resume.....	111
Forkortelser og forklaringer	113

*Til
Mik og Trine*

FORORD

"Al kommunikation i kroppen foregår via subtile elektromagnetiske signaler mellem celler, som der nu skabes kaos i af kunstig elektroforurening, som vi ikke har haft tid til at tilpasse os. Som Lavin Toffler understregede i "Future Shock" bevirker for megen forandring på for kort tid alvorlig stress på grund af manglende tilpasningsevne. Det kan tage os årtier at indse og forstå elektrosmogens effekter, selvom nogen af dem, så som kræft allerede er begyndt at vise sig. Dette gigantiske eksperiment med vores børn og børnebørn kan resultere i massive skader på sindet og kroppen med potentiale til at skabe en katastrofe af proportioner uden fortilfælde med mindre eftertrykkelige forholdsregler omgående implementeres"

Paul J. Rosch MD

Klinisk Professor i Medicin og Psykiatri
New York Medical College; Diplomat,
National Board of Medical Examiners

Siden 2. verdenskrig er miljøets baggrundsniveau af elektromagnetiske felter fra elektriske kilder øget eksponentielt og i disse år eksploderer den trådløse radio-/mikrobølgefrequente stråling fra den trådløse telekommunikationsteknologi fra bl.a. trådløse telefoner (6 milliarder i 2011-2012 fra 2 milliarder i 2006), tablets, Wi-Fi, Wi-Max, LTE netværk, trådløs aflæsning/"smart meters" etc. Bestrålingen af befolkningen med elektromagnetiske felter/stråling (EMF/EMR) er således øget helt ufatteligt meget på kort tid.

For 5 år siden anslog professor Olle Johansson fra Karolinska Institutets Afdeling for Neurovidenskab i Sverige, at bare for 3 G- mobiltelefoni så var øgningen de forgående 5 år 1.000.000.000.000.000 – dvs. en million milliard gange. For 2 år siden anslog han, at den samlede stråling de forgående 5-10 år fra alle trådløse netværk var øget med en milliard gange. Idag er det formentligt meget mere.

Denne stråling som vi nu bestråles med i uhørte kvanta er aldrig tidligere forekommet på planeten Jorden og vi er ikke biologisk tilpassede til den.

Samtidig med denne udvikling stiger, særligt den neurologiske/neuropsykologiske sygelighed, men også anden sygelighed, bl.a. hjerte-kar, åndedræts-, hud-, øjen- og fertilitets-problemer samt hjernekræft og hudkræft med forfærdende hast.

Symptomerne på den neurologiske/neuropsykologiske sygelighed indbefatter: hovedpine, svimmelhed, kvalme, koncentrations-, hukommelses- og opmærksomhedsproblemer, irritabilitet, stress, depression, angst, indre dirren og uro, søvnløshed, træthed, udmattethed, indre brændende følelse, rystelser, muskelspasmer, følelsesløshed, stikken og prikken, øresusen/ tinnitus, smerter i muskler, led og nerver, influenza-lignende symptomer. Mere alvorlige symptomer inkluderer: kramper, lammelser, psykoser og slagtilfælde. Derudover stiger hjernekræft incidensen voldsomt, alvorlige neurologiske udviklingsforstyrrelser hos børn og voksne (ADHD, autisme) samt neurodegenerative sygdomme (Alzheimers).

Også hjerte-kar symptomer øger, herunder: hjertebanken, uregelmæssig hjerterytme, smerter eller pres over brystet, lavt eller højt blodtryk, langsom eller hurtig hjerterytme, åndenød.

Desuden øger symptomer fra åndedrætssystemet, herunder: bihulebetændelser, bronchitis, lungebetændelser, astma, samt symptomer fra huden: eksem, stikken og prikken, brænden, rødme, symptomer fra øjne: smerter og brændende øjne, "grus" i øjne, pres i og bag øjne, sløret syn og øjenbetændelser, samt andre symptomer: mave/tarm problemer, mavesmerter, forstørret skjoldbruskkirtel, smerter i testikler og ovarier, tørhed af læber, mund, tunge, øjne, stor tørst, dehydrering, næseblod, indre blødninger, ændret sukkerstofsifte, immunanomaliteter,

redistribution af metal i kroppen, hårtab, smerter i tænderne, tandfyldninger smuldrer, forringet lugtesans.

Desuden stiger infertiliteten i den danske befolkning med skræmmende hast.

De fleste af alle disse mange symptomer, hvis hyppighed stiger eksponentielt i befolkningen, er symptomer på skader som følge af overfølsomhed overfor strålingen. Forskerne Hallberg og Oberfeld anslår, at stigningen i overfølsomhed er så ekstrem, at 50 % af befolkningerne vil være el-overfølsomme /lide af EHS (Electro Hyper Sensitivity) i 2017 - dvs., om 3 år!

Dette rædselsscenario er imidlertid mørkelagt i Danmark. Istedet samles symptomerne i forskellige diagnosekategorier som defineres som psykiatriske: ADHD, stress, depression, angst, "funktionelle lidelser" og forskellige aktører bl.a. psykiatere, læger, Trygfonden og Sundhedsstyrelsen bilder os ind, at de nær ved 1. million danskere, som bor i "*verdens lykkeligste land*", og som tilsammen har disse diagnoser, er psykisk syge. Hvorfor 1/5 del af befolkningen skulle være psykisk syge ved man ikke rigtigt, men mange fantasifulde forklaringer er i spil - undtagen altså den monstrøse EMF/EMR bestråling af danskerne fra vugge til grav. Det er som den berømte usynlige elefant i glasbutikken - alle ser de enorme ødelæggelser dens hærgen af stedkommer, men ingen ser elefanten!

Det er en ejendommelig blindhed. For der er igennem mange år foretaget tusindvis videnskabelige undersøgelser, som klart og tydeligt har påvist, at EMF/EMR er særdeles biologisk aktivt og skader organismer, herunder mennesker på utallige måder. Bl.a. er det nagelfast dokumenteret, at strålingen rammer centralnervesystemet alvorligt. Så hvorfor sættes den massive neurologiske/neuropsykologiske sygelighed ikke i forbindelse med bestrålingen og hvorfor har psykiatere og Sundhedsmyndighederne held til at overbevise om, at de neurologisk skadede danskere i stedet er "psykisk syge"?

Det er som om, at ikke en mors levende sjæl i Danmark blandt eksperterne har det mindste begreb om, at der med den allermest gennemgribende forandring, der er sket i samfundet de sidste 20 år - nemlig den allestedsnærværende trådløse telekommunikationsteknologi - medfølger en usynlig mikrobølgestråling - også kaldt electrosmog, som er overalt og som ikke er spor harmløs.

Ingen, heller ikke blandt eksperterne, tænker tilsyneladende over, at selvom strålingen er usynlig, lydløs, lugtløs, uden smag og umærkbar - så er den ikke desto mindre påtrængende fysisk virkelighed, og at den rammer os alle og gennemtrænger vores kroppe, hvor den laver ufattelig ravage. Denne non-stop, 24/7 helkrops bestråling af fostre, børn, unge, voksne, gamle og syge er allestedsnærværende: i vores hjem, i vores seng om natten (så vi ikke kan sove), på arbejdspladser, i skoler, i børnehaver, på hospitaler, i transportmidler, i det offentlige rum, i butikker og offentlige bygninger, på gader og veje, ja selv ude på landet, på stranden og i skoven. Man må virkelig spørge om, hvorfor hverken læger, psykiatere, Tryg Fonden, politikere, og pressen i Danmark ikke ved det? Det er jo ikke fordi de ikke har fået det af vide, bl.a. af Europaparlamentet, Europarådet, internationale lægegrupper, IARC og EEA som i kraftige vendinger har opfordret de danske myndigheder til at beskytte den danske befolkning mod den helbredsskadelige EMF/EMR eksponering.

Jeg selv er en af dem der er ramt. For 10 år siden blev jeg meget syg og ude af stand til at fungere med mange af ovennævnte symptomer. Da ingen læger vidste, hvad jeg fejlede, gik der flere år med ulidelige smerter og symptomer, før jeg selv fandt ud af, at jeg blev syg af EMF/EMR og var blevet el-overfølsom. Det var godt at vide, for jeg kunne nu langt om længe begynde at få det bedre, fordi jeg vidste, hvad der forårsagede min sygdom og kunne tage mine forholdsregler. De næste mange år skulle jeg blive meget klogere på, hvad el-overfølsomhed/EHS er og hvordan det er muligt for mennesker i dagens Danmark at få en sygdom, som myndighederne benægter eksisterer, fordi det er en ubekvem sandhed, at elektricitets- og telekomindustriens apparater og trådløse teknologi kan gøre os syge.

Opfindsomheden i benægtelserne er meget stor og den pirrede min nysgerrighed, fordi jeg som psykolog ved, at når benægtelsen anvendes som forsvarsmekanisme, så er det fordi, der er et

særdeles grundlæggende bevidsthedsindhold, som holdes væk, fordi det er smertefuldt at erkende. Og som el-overfølsom oplever man til fulde en næsten total samfundsmæssig benægtelse i forhold til at ville erkende, at elektricitet og den trådløse teknologi kan have sygdomsskabende potentialer. Det rører ved fundamentet i samfundet og har karakter af et tabu - det må bare ikke være rigtigt - dertil er el og den trådløse teknologi alt for vigtig for samfundsmaskineriet og - økonomien, så myndighederne gør alt for at skjule sandheden. Blandt såkaldt almindelige mennesker hersker desuden den illusion, at hvis EMF/EMR virkelig var helbredsskadelig, så havde vi da fået det fortalt af myndighederne for lang tid siden - ikke?

Men nej, jeg må desværre skuffe de godtroende. Samfundets magtinstitutioner, med Sundhedsstyrelsen i spidsen skjuler, fortier og mørklægger EMF/EMRs helbredsskadelige konsekvenser. Og når danskerne fx får EHS af bestrålingen skydes skylden på budbringeren/de syge som fornægtes, latterliggøres, bekæmpes og marginaliseres, ja sågar deporteres som miljøflygtninge til andre lande der har mindre stråling eller fængsles i egne afskærmede hjem, alt imens læger, sagsbehandlere og ofte også familie og venner vender dem ryggen. Idag er el-overfølsomme borgere derfor pariaer - en mistroet og fornægtet patient og handicapgruppe, som ingen vil røre ved med en ildtang og myndighederne går så langt som til at psykiatisere dem, ligesom dissidenterne i det tidligere Sovjet blev stemplet som psykisk syge, fordi de truede magtapparatet.

For mit eget vedkommende har jeg, ud over at prøve at få det bedre og leve en slags liv, desuden brugt årene på at sætte mig grundigt ind i hele problematikken og det er til min skræk gået op for mig, at i de trådløse samfund stiger antallet af mennesker som får EHS og andre sygdomme og skader forårsaget af EMF/EMR eksponering med lynets hast. EMF/EMR rammer kroppen på alle niveauer, herunder immunsystemet, fertiliteten, hjerte-kar systemet, DNA og centralnervesystemet. Hjernen og centralnervesystemet er et særligt sårbart mål for strålingen og ADHD, Autisme, Alzheimers, hjernekræft, stress, depression og EHS stiger voldsomt, og når lidelserne er EMF/EMR udløst, er der ikke tale om psykisk sygdom i gængs forstand.

Denne folkesundhedskatastrofe vi altså står overfor var baggrunden for at psykolog Susanne Bølling og jeg selv sidste år fik foretræde for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg, for at bede de folkevalgte om hurtigst muligt at beskytte befolkningen,
<http://www.ft.dk/samling/20121/almindel/suu/bilag/194/1222343.pdf>

Vi var lettede, da Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg efterfølgende stillede en række meget relevante spørgsmål til Sundhedsmyndighederne om EMF/EMRs helbredsskadelige virkninger. Men lettelsen varede kort, for da svarene fra Sundhedsstyrelsen forelå, var det helt klart, at de var gennemsyrede af misinformation og tilbageholdte oplysninger. Sundhedsmyndighederne lagde altså igen låg på.

Jeg har derfor udfærdiget nærværende rapport for at oplyse om sundhedsmyndighedernes misinformationer og fortielser om EMF/EMRs helbredsskadelige konsekvenser. Der er tale om et helt utroligt svigt af befolkningen, men det er også et meget stort demokratisk problem, at Sundhedsstyrelsen misinformerer Folketinget herom.

Selvom jeg ikke har de store forventninger til at rapporten får de konsekvenser jeg kunne ønske, skulle den skrives, om ikke andet for fremtidige generationers skyld og for at de ansvarlige ikke skal kunne sige: "vi vidste det ikke".

TAK

Da jeg på grund af EHS ikke kan tåle at sidde ved en computer, er en udfærdigelse af en rapport som denne et stort forhindringsløb. Uden en række menneskers generøse hjælp havde den derfor ikke været mulig. Jeg skal derfor udtrykke min dybfølte tak og taknemmelighed til Søren Dalsgaard, Dorrit T. Jacobsen, Susanne Bølling, Henrik Eiriksson og Trine Jørgensen for stor hjælp til at få rapporten oversat fra skrivemaskineskrift til computersprog. Ikke nogen spor nem opgave. Også tak til Helle Jacobsen, Dorte Pugliese, Charlotte Anker samt Kim Horsevad og resten af Rådet for Helbredssikker Telekommunikation for konkret hjælp, inspiration og vidensdeling gennem de sidste år. Uden jeres hjælp var det ikke gået.

Espergærde d. 25.marts 2014

Eva Theilgaard Jacobsen

Psykolog cand. psych.,, Specialist i Psykoterapi

evatj@stofanet.dk

INDLEDNING

D. 19. marts 2013 var psykolog Susanne Bølling og jeg i foretræde for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg. Baggrunden herfor var, at vi er stærkt bekymrede for folkesundheden i Danmark, fordi hele befolkningen nu eksponeres 24/7 for stærk helbredsskadelig radiofrekvent/mikro- bølgefrekvent ikke-ioniserende elektromagnetisk stråling (RF/MW EMR) fra en lang række trådløst udstyr, bl.a. fra mobiltelefoner, iPhones, trådløse (DECT) telefoner, WI-Fi og andre trådløse netværk, trådløse laptops, tablets, babyalarmer, mobilmaster, trådløst "intelligent aflæsning"/("smart-meters"), radar etc. Dertil kommer stærk øget eksponering for ekstremt lave frekvenser af elektromagnetiske felter (ELF EMF) fra elektrisk og elektronisk udstyr, maskiner, lavenergipærer, højspændingsledninger og fra højfrekvente transienter: Intermediate Frequencies (IF EMF) på ledningsnettet.

At strålingen er særdeles sundhedsskadelig ved vi fra den omfattende videnskabelige litteratur, der findes på området. En lang række internationale organisationer og lægesammenslutninger, herunder WHO (IARC), Europaparlamentet, Europarådet, EEA, AAEM, ICEMS, Freiburg Appellen, Bamberger Appellen, Den Østrigske Lægeforening og mange andre, har desuden i mange, mange resolutioner, rapporter og appeller de senere år råbt vagt i gevær om strålingens helbredsskadelige konsekvenser (1-13).

Forud for vores foretræde fremsendte vi d. 3. marts 2013 et brev til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg, hvor vi beskrev problemerne med særlig fokus på de neurologiske/neuropsykologiske skader, strålingen forårsager (14). Vi påviste, at forskningen dokumenterer uden nogen som helst tvivl, at elektromagnetiske felter/stråling direkte påvirker hjernens/centralnervesystemets og dets autonome nervesystems funktion og udvikling. EMF/EMR forstyrrer og interfererer således med den naturlige elektriske aktivitet og neurotransmission, ødelægger DNA i hjerneceller, forårsager andre kræft-promoverende skader i hjernevæv, åbner blod-hjernebarrieren, så giftstoffer kan slippe ind i hjernen o.a. andre alvorlige skader. De sygdomme det afstedkommer er:

- 1) hjernekræft
- 2) multiple neurologiske/neuropsykologiske symptomer som falder sammen med symptomer på EHS (elektrohypersensivitet) også kaldet EMF-syndrom eller mikrobølgesyndrom, karakteriseret af multiple kropslige/kognitive/psykologiske symptomer
- 3) stress
- 4) depression
- 5) ADHD og Autisme og andre adfærdsforstyrrelser
- 6) Alzheimers og anden demens

Forekomsten af alle disse neurologiske/neuropsykologiske sygdomme/skader/forstyrrelser er massivt øget i de senere år, hvor den trådløse stråling i omgivelserne er eksploderet. Over 1 million danskere lider i dag af disse neurologiske sygdomme og flere kommer hele tiden til. Der er altså tale om en epidemi.

Efterfølgende stillede Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg d. 22. marts 2013 de 4 meget vigtige spørgsmål 498, 499, 500 og 501 om neurologiske/neuropsykologiske skader (498), om andre landes forholdsregler (499), om WHO's holdning (500) og om Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer (501), som forhenværende sundhedsminister Astrid Krag (SF)/Sundhedsstyrelsen (herefter SST) svarede på d. 21. maj 2013. Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg stillede desuden yderligere 14 spørgsmål om problematikken på foranledning af Per Clausen (EL) d. 27. marts, som besvaredes hhv. d. 21. maj og 26. august 2013 (15). D. 19. juni udgav SST. desuden et Notat, hvor svarene opsummeres (16).

Vi har læst SST's svar med meget stor bekymring. For selvom svarene indeholder korrekte oplysninger er de behæftede med så mange misinformationer, såvel som, at så mange oplysninger er udeladt, at det ikke kan være tilfældigt. Det er derfor blevet klart for os, at der er noget helt galt i Sundhedsstyrelsens forvaltning i forhold til EMF/EMR og de sundhedsrisici de udgør.

Sundhedsstyrelsen misinformerer tilsyneladende helt bevidst Folketinget og befolkningen om EMF/EMR sundhedsrisici, hvilket er yderst alvorligt.

I nærværende rapport skal jeg derfor kommentere SST's svar først og fremmest på de 4 spørgsmål 498, 499, 500 og 501 og anføre eksempler på de forkerte og udeladte svar. Jeg redegør desuden for de mulige bagvedliggende politisk-økonomiske hensyn SST tager til industrien på bekostning af folkesundheden, som er årsagen til det enorme samfundsmæssige og demokratiske problem, at Sundhedsstyrelsen i årevis har misinformeret og fortsætter med at misinformere Folketinget og befolkningen om elektromagnetiske felters/strålings helbredsskadelige virkninger.

Disse misinformationer bevirker nu, at den forringede folkesundhed slår igennem. Ikke mindst i forbindelse med neurologiske/neuropsykologiske skader, hvor hundrede tusinder af danskers helbred er truet. På trods heraf tages der stadigvæk ikke sundhedspolitiske skridt fra myndighedernes side til at beskytte den danske befolkning. Tværtimod har SST i samarbejde med de andre nordiske lande maximo 2013 meddelt, i total modstrid med den forskningsmæssige evidens og internationale organisationers advarsler, at radiofrekvent stråling ikke er sundhedsskadelig (18).

Der er således ingen regulering af den sundhedsskadelige stråling i sigte i Danmark, ligesom der ikke tages skridt til en særlig beskyttelse af svage grupper som børn, unge, gravide kvinder og allerede EMF-skadede danskere. De danske sundhedsmyndigheder implementerer heller ikke Forsigtighedsprincippet, som bl.a., Europarlamentet, EEA og Europarådet stærkt har anbefalet (3-5). Det er en ansvarsforflygtigelse af enorme dimensioner. Med sine misinformationer af Folketinget udgør SST's forvaltning vedr. EMF/EMR derfor en alvorlig trussel mod demokratiet i Danmark.

KAPITEL 1 SPØRGSMÅL 498

" Den institutionelle korrupsion som er baseret på et samarbejde mellem myndighederne og repræsentanterne for den trådløse telekommunikationsindustri, har et helt legalt fundament. Men ser man nærmere efter, vil man erfare, at industrien og politikken har et velnæret samliv. Den trådløse telekommunikationsindustri har aldrig tøvet med at fodre sine samarbejdspartnere på den politiske arena med information som egner sig til at støtte op om industriens særinteresser. Denne ensidige information genereres ved hjælp af samarbejdsvillige forskere og ved at misbruge videnskaben. Om disse forskere bidrager frivilligt eller under pres, så gør de uanset deres for at devaluere alle videnskabelige fund som ikke støtter op om ideen om at den radiofrekvente stråling er harmløs.....

Når det drejer sig om den trådløse telekommunikation er praksissen med Institutionel korrupsion meget bekymrende, når man tager i betragtning, at resultatet af det igangværende feltstudie - med fem milliarder deltagere - er usikkert. Med udgangspunkt i de trivialiserede rapporter som distribueres af massemedierne efter pålæg fra og på vegne af den trådløse telekommunikationsindustri, forstår befolkningen ikke, at deres fremtidige helbred og velvære står på spil!"

Professor Franz Adlkofer

leder af det EU-finansierede REFLEX studie som påviste DNA-streng brud som følge af mobiltelefoni

Neurologiske/neuropsykologiske skader som følge af elektromagnetisk stråling

I spørgsmål 498 spurgte Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg *"om eksponering for elektromagnetiske felter (EMF) kan forårsage neurologiske/neuropsykologiske skader?"*

Hertil svarer SST korrekt, at der i forbindelse med den neurodegenerative sygdom Amyotrofisk Lateral Sclerose (ALS) hos arbejdere i el-industrien er videnskabelig dokumentation for, at eksponering for lavfrekvente elektromagnetiske felter (ELF EMF) er årsag til sygdommen. Men betyder det så, at de danske sundhedsmyndigheder har taget skridt til, at ansatte ved danske elværker, transformatorstationer og distribueringsselskaber beskyttes mod ELF EMF? Og hvad med den almene befolknings eksponering? Er der også taget skridt til, at den beskyttes mod ELF EMF, sådan som Europarådet i Resolution 1815 stærkt henstillede til (5)? Det har SST ikke nævnt noget om.

SST nævner heller ikke de arbejdsrelaterede skader ved eksponering for EMR fra mobilmaster, som flere og flere mobilmonter, kranfolk osv. pådrager sig. I USA forsikrer nu forsikringsselskabet AM Best mobilmasterarbejdere, som skades af mikrobølgestrålingen fra mastesendere. Hvad sker der i DK, hvordan beskyttes mobilmasterarbejderne?

SST oplyser heller ikke, at et dansk kohorte studie om mobiltelefoni og den neurodegenerative sygdom Multiple Sclerose (MS) dokumenterer, at der blandt en undergruppe kvinder var en øget risiko for MS, symptomer og død efter lang tids mobilabonnement. Undersøgelsen dokumenterede desuden, at abonnenter led af øget træthed hos kvinder, øget øjenbesvær hos mænd og øget dobbeltsyn hos både kvinder og mænd. (19).

SST oplyser korrekt, at Kræftens Bekæmpelses undersøgelse af 400.000 mobilabonnenter har dokumenteret en øget indlæggelse for de neurologiske symptomer hovedpine og svimmelhed (20). Men SST oplyser ikke, at hovedpine og svimmelhed ofte er de første symptomer på EHS (Elektro Hyper Sensitivity) på dansk: eloverfølsomhed, som er karakteriseret af de neurologiske symptomer hovedpine, svimmelhed samt flere kropslige og neuropsykologiske symptomer, og en helbredsmæssig følge af eksponering for EMF/EMR.

SST oplyser også korrekt, at flere undersøgelser dokumenterer, at elektromagnetisk stråling forårsager den neurologiske sygdom/skade ADHD. Men SST oplyser ikke, at også den neurologiske sygdom/skade Autisme (Autisme Spektrum Forstyrrelse ASD) er en dokumenteret risiko ved eksponering for EMF/EMR. Det fremgår bl.a. af et meget stort afsnit i BioInitiative Rapporten fra 2012 (21).

Andre risici for fosterskader p.gr.a den gravide kvindes brug af laptop og skader på nyfødte p.gr.a. eksponering for ELF fra kuvøser, hvilket også dokumenteres i BioInitiative Rapporten fra 2012, informerer SST heller ikke om (22).

Som vi beskrev i vores oplæg d. 3. marts 2013 er EMF/EMR desuden en dokumenteret risikofaktor for de neurologiske sygdomme og skader EHS, stress, åbning af blodhjernebarrieren, brud på DNA og hjernekræft. Det fremgår bl.a. af BioInitiative Rapporterne fra 2007 og 2012 samt af Interphone undersøgelsen, men det oplyser SST heller ikke (23-30).

Vedrørende den neurologiske sygdom Alzheimers svarer SST: *“der er ikke fundet øget forekomst herfor”*. Det er decideret usandt og dermed en særdeles alvorlig misinformation. Dokumentation for, at der er stærk epidemiologisk evidens for, at eksponering for ELF er en risikofaktor for Alzheimers fremgår både af BioInitiative Rapporten og metastudier (31-32).

Selvom der spørges til neurologiske/neuropsykologiske skader, så kunne SST godt have oplyst, at der også forekommer andre skader ved eksponering for EMF/EMR, bl.a.. skader på immunsystemet, reproduktion og sperm, DNA-reparationsmekanismer, proteinsyntese, oxidativ og nitrosativ stress, udvikling af frie radikaler samt kræftformerne leukæmi og brystkræft. Men det oplyser SST heller ikke (33-36).

SST ignorerer og underkender den positive EMF/EMR evidens

Disse eksempler på tilbageholdelse af information og misinformation viser, at SST's svar på spørgsmål 498 altså hverken er korrekt eller fyldestgørende. Dertil kommer, at de videnskabelige undersøgelser, der henvises til er yderst sparsomme. Af positive forskningsresultater (dvs. resultater der dokumenterer en sammenhæng mellem eksponering for EMF/EMR og helbredsskader/sygdom), af hvilke der findes mange tusinde, peger SST på meget få undersøgelser. Bl. a. et dansk forskningsresultat fra SST's konsulent Christoffer Johansens egen forskning. At der er en verden uden for Danmark undlader SST i det store og hele at forholde sig til. Den særdeles omfattende internationale videnskabelige EMF/EMR litteratur, som dokumenterer ikke-termiske helbredsskader i stort antal (dvs. skader som ikke skyldes vævsopvarmning men andre biologiske mekanismer), herunder andre neurologiske/neuropsykologiske skader og sygdom udover ALS, forårsaget af eksponering for både lavfrekvent EMF (ELF EMF) og for pulserende (PEMF) radiofrekvent/mikrobølge stråling (RFR/MWR) fra trådløst telekommunikationsudstyr og teknologi, er ikke-eksisterende i SST's fremstilling. SST har altså ignoreret og udeladt denne dokumentation. Det gælder også de 60 referencer, vi henviste til i vores oplæg d. 3. marts 2013 (14).

Det mest graverende er imidlertid, at SST bliver ved med at ignorere BioInitiative Rapporterne (37, 38). Dermed ignorerer og udelader SST også de mere end 3000 forskningsresultater BioInitiative Rapporterne bygger på (39, 40) og som har givet genlyd over hele verden, i WHO (IARC), Europaparlamentet, Europarådet, Det Europæiske Miljøagentur EEA, såvel som i læge-, forsker og borgersammenslutninger bl. a. ICEMS, IEMFA, Den Østrigske Lægeforening, De Irske Miljølægers Forening, AAEM (American Academy of Environmental Medicine) samt i mange landes sundhedsmyndigheder og regeringer. (1-13)

Men ikke nok med det. Udover SST's ignorering og udeladelse af den omfattende internationale videnskabelige EMF/EMR forskning, tillader SST sig også at påstå (i svar på spørgsmål 555), at forskningen *”ikke har en tilstrækkelig videnskabelig basis”* (15). SST påstår altså, at de mange tusinde videnskabelige undersøgelser ikke er videnskabeligt funderet. Det skulle i givet fald betyde,

som professor Olle Johansson påpeger, at alle de tusindvis af videnskabelige arbejder, som i fuldt ud godkendte videnskabelige tidsskrifter har publiceret meget alvorlige virkninger, skader og sygdomme, herunder stress, nedsat hukommelse og koncentration, skader på hormoner og neurotransmittere, hjerterytmeforstyrrelser, skadet immunsystem og hud, skader på reproduktion, autisme, ADHD, EHS, hjernekræft, brystkræft, leukemi, Alzheimers som følge af eksponering for EMF/EMR, alle skulle være forkerte (41).

En særlig plads i Sundhedsstyrelsens benægtelsessystem indtager sygdommen EHS/EMF-syndrom/eloverfølsomhed/mikrobølgesyndromet, idet SST ikke forsømmer nogen lejlighed til at påstå, at sygdommen ikke skyldes eksponering for elektromagnetiske felter, fordi *"det ikke i videnskabeligt anlagte studier har været muligt systematisk at eftervise en række af de symptomer, som mennesker selv oplever at lide af"* (16, 37, 38).

Det er imidlertid også helt og aldeles usandt, idet der findes massevis af "videnskabeligt anlagte studier" som systematisk har eftervist, at sygdommen EHS/el-overfølsomhed/mikrobølgesyndromet og symptomerne herpå er direkte kausalt forbundet med de syges eksponering for elektromagnetiske felter/stråling. Det dokumenterer disse 40 referencer (39-79).

Med påstanden om "ikke tilstrækkelig videnskabelig basis" underkender SST altså alle disse tidsskrifters redaktørers og peer-review'ers arbejde, såvel som alle forskernes møder og konferencer. Vel at mærke uden at SST fremkommer med den mindste dokumentation for, hvori alle disse mange tusinder videnskabelige arbejders fejl og manglende videnskabelighed består.

Men det er selvfølgelig klart, at SST ikke har dokumenteret sin påstand. For det ville, som professor Olle Johansson påpeger, have krævet, at SST havde gennemgået hvert eneste underkendte videnskabelige arbejde styk for styk, ord for ord og påvist nøjagtigt, hvor hver forskergruppe lavede fejl (41).

Og det har SST jo ikke gjort! Påstanden om de mange tusinder EMF/EMR undersøgelser *"manglende videnskabelige basis"* er altså grebet ud af luften og må derfor betegnes som det rene spin, beregnet til at retfærdiggøre den danske regerings risikofornægtende politik.

Hvorfor SST griber til denne manipulation, giver SST selv en nøgle til forståelsen af i indledningen til svar på spørgsmål 498. For her oplyser SST, at

"der i videnskabelige kredse fortsat er en diskussion af i hvilket omfang eksponering for elektromagnetiske felter kan være årsag til kronisk neurologisk sygdom og/eller neuropsykologiske skader".

Det fremgår altså implicit, at der faktisk ikke er tvivl om EMF/EMR forårsager neurologiske/neuropsykologiske skader og sygdom - *"den videnskabelige diskussion"* går på omfanget heraf. SST glemmer imidlertid at oplyse, at denne *"diskussion i videnskabelige kredse"* foregår på den måde, at den forskning som dokumenterer helbredseffekter og skader (den såkaldte "positive" forskning) langt overvejende skabes i videnskabelige kredse, som er uafhængige af finansiering fra el- og telekomindustrien og at det i det store og hele er denne positive forskning SST ignorerer og devaluerer. SST glemmer også at oplyse, at hovedparten af den forskning, som ikke kan dokumentere effekter og skader (den såkaldte "negative" forskning), skabes i videnskabelige kredse, som helt eller delvist er betalt af industrien og derfor er behæftet med interessekonflikter (80, 81).

Bl.a. viste en undersøgelse foretaget med hjælp fra den anerkendte EMF forsker Henry Lai, og publiceret i Microwawe News, at ud af 85 radiofrekvens/mikrobølgefrequens undersøgelser, publiceret siden 1990 af mulige skader på DNA (genetoksiske effekter) som følge af RFR eksponering, var 35 finansieret af industrien eller US Airforce og 32 af dem fandt ingen effekter.

Ud af de 50 andre undersøgelser, var det kun 10 som havde negative fund. Industri- og US Airforce - EMF/EMR undersøgelser havde altså 90% chance for at komme frem til negative fund, hvorimod chancen for at komme frem til negative fund i andre undersøgelser med en anden finansiering var 20% (82).

Andre undersøgelser kommer frem til lignende resultater. Således viste en systematisk gennemgang af Huss et al af 59 undersøgelser publiceret mellem 1995 og 2005 af sammenhængen mellem kontrolleret eksponering for radiofrekvent bestråling og neurologiske og andre helbredseffekter undersøgt med EEG, kognitiv og kardiovaskulær funktion, hormonniveauer, symptomer og subjektiv velbefindende, at de 12 undersøgelser, svarende til 20%, som udelukkende var finansieret af telekomindustrien også var dem, der fandt den mindste statistisk signifikante sammenhæng mellem bestrålingen og negative helbredseffekter. De fleste undersøgelser (68%) fandt faktisk negative biologiske effekter på helbredet. Den eneste faktor som kunne forudsige om de biologiske effekter var statistisk signifikante var, om undersøgelsen var eller ikke var udelukkende finansieret af industrien. Undersøgelsen viste altså, at de industrifinancerede undersøgelser producerer resultater som matcher sponsors dagsorden (83).

Det viser sig desuden, at industrifinanceret forskning, som kommer frem til resultater der påviser, at der er en (positiv) sammenhæng mellem EMF/EMR bestråling og biologiske effekter og sygdomseffekter, af industrien bliver forhindret i, eller forsøgt forhindret i at blive publiceret (84). Og hvis forskerne insisterer på publicering af resultaterne, så finansierer industrien ikke mere forskning for dem (83). Der foreligger således ganske megen dokumentation for, at finansieringskilden i høj grad påvirker forskningens resultater og at industrien og militærets financerede EMF/EMR forskning bevidst opdyrker de negative forskningsresultater. Dette har ikke noget at gøre med videnskab, men er, som Slesin påpeger, nærmest en "kultur" (82).

Ikke desto mindre er det overvejende denne falske negative forskning i industriens tjeneste, som ligger til grund for SST's konklusion, at *"der i dag ikke findes tilstrækkelig evidens som entydigt peger på, at eksponering for elektromagnetiske felter kan forårsage neurologiske/neuropsykologiske skader"*.

Industriens angreb på videnskaben: "at skabe usikkerhed"

Som de fleste kan regne ud, er elektricitets- og telekomindustriens formål med at financiere "beroligende", dvs. negative EMF/EMR forskningsresultater, at lægge røgslør ud. For der er naturligvis ikke tale om, at industrien - og militæret - ikke selv er klar over, at EMF/EMR skader menneskers helbred. Det ved de udmærket godt, for de har selvfølgelig selv igennem mange år iværksat forskning, som har dokumenteret en lang række helbredsskader, men som oftest er de godt hemmeligholdt. Nogle resultater er dog lækket ud til offentligheden. Fx har mobilindustrien udført en meget grundig videnskabelig undersøgelse, hvor det bl.a. hedder:

"...det kan konkluderes, at elektromagnetiske felter i mobiltelefoniens frekvenser har en rolle i udvikling af kræft....direkte skader på DNA såvel som påvirkning af DNA-syntese og DNA-reparationsmekanismer"(85).

I et andet offentliggjort dokument som er en patentansøgning fra Swisscom, gengivet af Mona Nilsson, hedder det:

"Elektrosmoggens påvirkning på den menneskelige krop er et velkendt fænomen. Helbredsrisici fra mobilmaster, mobiltelefoner og DECT-telefoner har været et eksplosivt emne i offentligheden, i hvert fald siden det enorme gennembrud i mobiltelefon teknikken i 1990'erne. Når fx menneskelige blodceller bestråles med elektromagnetiske felter, har tydelige skader på arvematerialet kunnet påvises, og der er fundet indikation for forhøjet kræftisiko...Det er altså påvist, at mobilstråling kan forårsage skader på det genetiske materiale, i særdeleshed på hvide blodlegemer, hvorved både DNA skades og antal kromosomer ændres. Denne mutation kan føre til øget kræftisiko" (86, 87).

Industrien er altså helt klar over, at deres produkter er stærkt sundhedsskadelige. Det er netop her den betalte forskning og de falske negative resultater kommer ind, som "dokumenterer", at der ingen problemer er. Det væsentlige formål med denne industribetalte negative forskning er således, at den dermed skaber usikkerhed og tvivl i befolkningen og i medierne om, hvorvidt EMF/EMR forårsager helbredsskader eller ej (88).

Tobaksindustrien viser vejen

Den forskningsmæssigt skabte tvivl og usikkerhed er en kendt strategi, som blev opfundet af den amerikanske tobaksindustri helt tilbage til 1950'erne og frem. Allerede da var der klar videnskabelig dokumentation for, at tobak forårsager lungekræft og industrien var bekymret for de kritiske røster om tobaks helbredsskadelighed, som kunne føre til regulering i forhold til det videre lukrative salg af tobak. Tobaksfirmaerne med Phillip Morris og deres PR-firmaer i front opfandt derfor en strategi, som skulle forhindre og/eller udsætte offentlig regulering af de sundhedsskadelige produkter, som gik ud på at stille spørgsmålstejn ved den videnskab, som afslører helbredsskaderne. Strategien, som bl.a. David Michaels beskriver i sin rystende bog "Doubt is our Product", er netop, som titlen siger: at producere usikkerhed (88,89). Titlen på Michaels bog "Tvivl er vores produkt" er direkte taget fra et citat af en ansat i tobaksindustrien som skrev:

"tvivl er vores produkt, da det er den bedste måde, hvorpå vi kan konkurrere med den række af fakta, som eksisterer i offentlighedens sind. Det er også den bedste måde, hvorpå vi kan skabe en heftig uenighed" (88,89).

Strategien med at skabe usikkerhed og tvivl om den reelle videnskabelige forskning, som påviser de helbredsskader, som tobakken forårsager, blev snart annekteret af andre mægtige industrier, bl. a. bly-, asbest-, kemikalie-, olie-, medicinalindustrien og selvfølgelig elektricitets- og telekommunikationsindustrien.

Angrebene på og korrupsionen af den reelle videnskab tog mange former, bla. latterliggørelse og personlige angreb på forskerne. I dag er disse angrebs- og korrupsionsmetoder og strategier udviklet til perfektion og sat i uhyggeligt system, hvor firmaer forsøger at udøve påvirkning på ethvert trin i den videnskabelige og policyskabende proces for at styre beslutninger til deres fordel eller undgå regulering og kontrol af deres produkter på bekostning af offentlighedens helbred. De metoder og strategier, der benyttes i dag er at

- *"afslutte og undertrykke forskning*
- *intimidere og tvinge videnskabsfolk*
- *manipulere forskningsdesign og -protokoller*
- *spøgelsesskrive videnskabelige artikler*
- *selektivt publicere negative og underrapportere positive resultater*
- *bagvaske forskere*
- *nedtone evidens og opgradere falsk usikkerhed*
- *promovere eksperter som underminerer videnskabelig konsensus*
- *gemme sig bag PR-firmaer og andre betalte konsulenter*
- *øve indflydelse på medierne*
- *angribe videnskaben*
- *forhindre reguleringsprocesser*
- *korrumpere videnskabelige rådgivnings paneler*
- *køre rundt i svingdøren mellem industri- og højniveau regeringsansættelse*
- *censurere videnskabsfolk og deres forskning*
- *tilbageholde information for offentligheden" (90, 91)*

Denne tvivls-produkt industri, som i dag er svimlende omfattende og udbredt, kalder Michaels også "produkt forsvarsindustrien". Den omfatter omhyggeligt sminkede rapporter og re-analyser,

tidsskrifter der er overtaget af industrien fuld af "peer-reviewed" artikler, og overtagede tænketanke, som giver råd og sår usikkerhed ved en lang række emner. I dag er det mest effektive ansigt udadtil i dette angreb på videnskaben promovning af "junk science" bevægelsen, hvis eneste formål er at latterliggøre forskning som truer mægtige interesser uanset kvaliteten af denne forskning (88, 92). Det modsatte af "junk science" er så selvfølgelig "*sound science*" (sund videnskab) og i 1993 oprettede Phillip Morris' PR-firma organisationen TASSC (The Advancement of Sound Science Coalition), med deltagelse af mange industrier. Uanset det smarte spin-begreb betegner "*Sound Science*" den købte og manipulerede videnskab, som altså er alt andet end "sund". For, som Michaels påpeger, "lyder det som videnskab" ("*sounds like science*") men er det naturligvis ikke.

at skabe stærk uenighed

Som ovenstående citat fra tobaksindustriens ansatte viser, handler "tvivlsindustrien" ikke kun om at skabe usikkerhed. Den handler også i høj grad om at skabe stærk uenighed og modsætning. For den skabte tvivl og usikkerhed hos befolkningen, politikere og medierne bevirker, at industrien og myndigheder, som varetager industriens interesser, dermed kan påstå, "*at forskerne ikke er enige*", eller at der fortsat er "en videnskabelig diskussion", præcis som Sundhedsstyrelse gør i forhold til EMF/EMRs helbredsskadelige virkninger. Og det er ret så smart, for hverken befolkning, politikere eller journalister er i stand til at gennemskue, at når det drejer sig om videnskab og forskning, så er der ikke 2 sider, der skal høres ligesom i en debat eller diskussion, fordi videnskab ikke drejer sig om at have en mening, men om evidens, som der ikke kan være flere meninger om, idet evidens er evidens (92).

Men tvivls-strategien virker, og det medfører bl.a., at de helbredsskadelige produkter kan sælges længst muligt, uden der skrives til offentlig regulering. Industriens interesser i at anvende denne strategi er let at se. Men hvorfor myndigheder som SST deltager i bedraget, kan være sværere at forstå. Det kan derfor være nyttigt at vide, at SST førhen har deltaget i lignende bedrag, bl.a. i forhold til produktet asbest og asbestskandalen på Dansk Eternit Fabrik tilbage i 1970'erne. Også dengang var SST orienteret om den reelle forskning og evidensen fra undersøgelser af de syge, som dokumenterede svære helbredsskader p.gr.a. eksponering for asbest dræberstøvet. Ikke desto mindre greb SST heller ikke dengang ind med reguleringer, men deltog i et helt årti i "*the corporate cover-up*", hvilket resulterede i mange menneskers sygdom, invaliditet og død (93).

SST's svar i dag på spørgsmålene 498, 499, 500 og 501 og de 14 andre spørgsmål om EMF helbredsskader og opsummeringen heraf i Notat d. 19. juni 2013 (15, 16) om befolkningens helbredsskader som følge af eksponering for elektromagnetiske felter/stråling tyder desværre på, at de danske sundhedsmyndigheder intet har lært. Også i denne sag bidrager SST aktivt til fortielsen og "*the corporate cover-up*" og varetager dermed el- og telekomindustriens mål og strategi om videre ekspansion og salg af deres produkter på bekostning af folkesundheden.

Institutionel korrupsion

At industrien – i dag i særlig grad el- og telekomindustrien - og myndighederne er fælles om korrupsionen og bedraget, er en alvorlig trussel mod demokratiet og dets grundlæggende princip om, at love, regler og reguleringer skal stå over magten og magthaverne. Dette alvorlige samfundsproblem studeres på Harvards Edmond J. Safra Center i USA, hvor det betegnes som institutionel korrupsion. I forhold til EMF/EMR er målet med den institutionelle korrupsion i størst mulig grad at realisere det teknologiske potentiale i radiofrekvens/mikrobølge strålingen, hvor videnskabelige data, der peger mod en helbedsrisiko, betragtes som hindringer, som kan ignoreres. Metoderne, der tages i brug, er altid de samme, siger professor Adlkofer: videnskabelige data, som afviger fra den accepterede forståelse kaldes "useriøs forskning", kritiske resultater affejes ved, at man producerer negative resultater - selvfølgelig ved hjælp af generøs industrifinanciering - og endelig, i tilfælde som anses som særligt truende, iværksættes kampagner mod de forskere, som foretager den reelle forskning (94).

Som nævnt kan disse kampagner tage flere former, herunder ærekrænkende udtalelser om, at forskningen ikke har *"tilstrækkelig videnskabelig basis"* og at forskernes personlige *"holdninger"* frem for de videnskabelige data, nyder fremme. Eller de betegnes nedsættende som *"the believers"*, sådan som SST's konsulent Christoffer Johansen mobbende titulerer dem i en mail til SST's sagsbehandler Mette Øhlenschläger marts 2012, som var de medlemmer af en nyreligiøs sekt og ikke højt uddannede professorer, Ph. D'er etc (95).

Det er netop sådan en kampagne SST har iværksat i forhold til Biolnitiative Rapporterne og deres forskere. I et notat udfærdiget efter den 1. Biolnitiative Rapport udkom i 2007 (39) kritiserede SST således kraftigt Biolnitiative Rapportens forskere for bl.a. ikke at have fokuseret på fejkilder i de gennemgåede EMF/EMR undersøgelser og for at forskerne promoverede deres egne *"holdninger"* til fordel for de videnskabelige data (37).

Men da fagbladet Ingeniøren bad SST om at uddybe hvilke fejkilder Biolnitiative Rapporten ikke havde undersøgt til bunds og hvor i rapporten de videnskabelige data overskyggedes af personlige holdninger, kunne Ingeniøren ingen kommentar få fra SST (96).

SST kritiserede også Biolnitiative forskerne for *"mistænkeliggørelse af industriens finansiering af forskningen"* (37).

Dette kritikpunkt fra SST's side er højst bemærkelsesværdigt. Mon ikke SST er orienteret om det mange gange fastslåede faktum, at finansieringskilden påvirker forskningens resultater (80-83)? Og mon ikke SST kender til begrebet interessekonflikter og udmærket ved, hvad begrebet står for? For en ordens skyld skal jeg gengive definitionen fra Wikipedia: *"der foreligger en interessekonflikt, når en person eller organisation er involveret i multiple interesser, hvor en af dem kan korrumpere motivation for en handling i den anden"*.

Biolnitiative forskerne har altså god grund til at være mistænkelige i forhold til den forskning, som industrien har finansieret. At SST kan finde på at kritisere dette, giver grobund for den mistanke, at SST selv er påvirket af korrumpet forskning og selv er under indflydelse af interessekonflikter. Hykleriet vil da heller ingen ende tage, idet det ekspliciteredes i den af SST nedsatte ekspertgruppe fra 2004-2006 om EMF/EMR helbredseffekter, hvis akter jeg har fået via aktindsigt, at medlemmer af ekspertgruppen, der har finansiell interesse i forskningen, selvfølgelig ikke er upartiske (97).

I 2012 udkom så den nye Biolnitiative Rapport med opdateringer fra 1400 nye videnskabelige EMF/EMR undersøgelser fra 2007-2012 (40). Den dokumenterer, at evidensen for en lang række ikke-termiske helbredsskader forårsaget af eksponering for EMF/EMR, er endnu stærkere end i 2007. Ikke desto mindre fortsætter Sundhedsstyrelsen - nu Statens Institut for Strålebeskyttelse (herefter SIS) i et nyt notat fra 1. marts 2013 såvel som i et notat fra 19. juni 2013 med at ignorere og desavouere Biolnitiative Rapporten og de tusindvis af videnskabelige undersøgelser, den bygger på (16, 38). SIS/SST ser således stadig helt og aldeles bort fra og frasortere a priori alle videnskabeligt dokumenterede bio-fysiske effekter og helbredsskader som skyldes andre biologiske mekanismer end temperaturforhøjelse i væv, idet SIS/SST bedømmer Biolnitiative Rapporten som *"ikke i overensstemmelse med den klassiske metodologi"* (37).

Konkret betyder det, at SST/SIS lukker øjnene for den reelle og overvældende videnskabelige evidens Biolnitiative Rapporterne dokumenterer, at EMF/EMR forårsager massevis af biologiske skader og effekter, som ikke skyldes opvarmning af væv, på et rent formelt grundlag. Det svarer til, at brandvæsnets ikke tager et telefonopkald om en omfattende og alvorlig brand, som truer mange menneskeliv alvorligt og ikke rykker ud, fordi anmelderen ikke brugte en standardformular eller ikke opgav navn og adresse i den klassiske rækkefølge.

Samtidig holder SST/SIS klippefast i dogmet om, mod bedre vidende, at EMF/EMR kun kan forårsage opvarmningsskader ved akut eksponering (*"det termiske paradigme"* (86, 98)), ligesom kirken i 1400-tallet forsvarede dogmet om, at jorden var centrum i universet og ignorerede og

desavouerede Kopernikus, da hans forskning viste, at det faktisk er solen, som er centrum i vores univers.

For Biolnitiative Rapporterne og en lang række anden forskning dokumenterer uden nogen som helst tvivl, at der forekommer en lang række helbredsskader og -effekter ved eksponering for kronisk EMF/EMR eksponering ved felt- og strålingsniveauer og intensiteter, hvor ingen opvarmning kan forekomme. Men da denne evidens ikke passer med SST's/SISs termiske verdensbillede, som styres af den institutionelle korrupsion, fortsætter SST/SIS med at ignorere Biolnitiative Rapporterne. SIS skriver:

"særligt gruppen omkring den såkaldte Biolnitiative Rapport har været meget aktiv. Sundhedsstyrelsen har kommenteret denne rapport i 2007 og finder ikke, at rapporten og i denne optagne henvisninger m.v. giver anledning til en anden opfattelse end den som nærværende notat er udtryk for. En opdatering af rapporten i 2012 har ikke givet anledning til ændring i opfattelsen heraf" (38).

SIS benægter altså det i overvældende grad videnskabeligt dokumenterede faktum, at EMF/EMR forårsager en lang række helbredsskader, som forekommer ved eksponeringer som er langt under de strålingsværdier som anvendes i telekommunikationsteknologien. Denne benægtelse er også den direkte baggrund for forhenværende Sundhedsminister Astrid Krag's udtalelse til BT d. 1/7-2013:

"Så længe der ikke er stærkere mistanke end nu om, at strålingen udgør en sundhedsrisiko, vil vi ikke sætte samfundsudviklingen i stå og eksempelvis begrænse elevernes brug af bærbare pc'er og tablets" (99).

Denne udtalelse fra landets tidligere Sundhedsminister er særdeles skæbnesvanger for befolkningen. Den viser med al tydelighed, at den institutionelle korrupsion med "det termiske paradigme" i front, vægtes højere end al reel videnskabelig evidens og alle internationale advarsler om truslen mod folkesundheden og det akutte behov for at befolkningen beskyttes mod EMF/EMR.

For den reelle - ikke korruperede - forskning, som SST/SIS har gjort alt for at miskreditere, dokumenterer uden nogen tvivl, at der i allerhøjeste grad er - ikke bare en "stærk mistanke" - men en særdeles stærk viden om, at strålingen udgør en meget alvorlig sundhedsrisiko. At samfundsudviklingen sættes i stå, hvis der etableres beskyttelsesforanstaltninger ud fra forsigtighedsprincippet, som Europarådet, EEA og internationale lægegrupper anbefaler, så grænseværdier sættes ned og skolebørns pc'ere og andet telekommunikationsudstyr, i stedet for at operere trådløst via WI-Fi, forsynes med afskærmede ledningsforbindelser, er en helt igennem latterlig påstand. Det sker i mange lande uden "samfundsudviklingen går i stå". Forhenværende Sundhedsminister Astrid Krag burde have været meget mere bekymret for, at samfundsudviklingen kan blive sat i stå, når stadig flere danskeres helbred, herunder deres hjerner skades p.gr.a. eksponering for EMF/EMR. Astrid Krag's udtalelser er derfor et slående eksempel på, hvordan hun som sundhedsminister aktivt deltog i den institutionelle korrupsion, når hun på falsk grundlag vægtede salg og distribution af telekomindustriens produkter højere end danske skolebørns helbred.

Sundhedsstyrelsens uvidenskabelighed

I svar på spørgsmål 498 konkluderer SST, *"at der ikke i dag findes tilstrækkelig evidens som entydigt peger på, at eksponering for elektromagnetiske felter kan forårsage neurologiske/neuropsykologiske skader"*, hvilket forhenværende Sundhedsminister Astrid Krag gentog i BT d. 1. juli 2013. Denne konklusion er en omgåelse af, at der eksisterer en særdeles omfattende evidens for neurologiske/neuropsykologiske samt andre helbredsskader som følge af eksponering for EMF/EMR.

SST og Astrid Krag oplyser endvidere ikke, hvor mange undersøgelser der behøves, efter SST's og Astrid Krags mening, for at den videnskabelige evidens er "*tilstrækkelig*". Påstanden, at der behøves "*entydig evidens*", er desuden særdeles problematisk og det fortrinsvis af 2 årsager:

- 1) fordi det indebærer en tilsidesættelse af Forsigtighedsprincippet og
- 2) fordi entydighed ikke er et mål for videnskabelighed

1) Tilsidesættelse af Forsigtighedsprincippet

For det første er efterspørgslen af "*entydig evidens*" i direkte modstrid med Forsigtighedsprincippet ALARA (As Low As Reasonable Achievable), som er lovbestemt i Lissabon-traktatens artikel 191 (100). Det fremgår her, at Forsigtighedsprincippet netop skal tages i anvendelse, hvis evidensen er utilstrækkelig. Den nærmere anvendelse af Forsigtighedsprincippet har Europakommissionen forklaret:

"Forsigtighedsprincippet skal bidrage til at reducere og eliminere risiko for negative effekter for miljøet og for menneskers, dyrs og planter sundhed. Princippet er relevant i de tilfælde, hvor videnskabelig evidens er utilstrækkelig, ufuldstændig eller usikker og der samtidig findes videnskabelige vurderinger, som viser at der er rimelig grund til bekymring for potentielt farlige effekter for miljøet eller for menneskers, dyrs og planter sundhed, i strid med den høje grad af beskyttelse som er vedtaget"(101).

Forsigtighedsprincippet er også indskrevet i FN's Rio Deklaration fra 1992, hvor det hedder:

"For at beskytte miljøet, skal Forsigtighedsprincippet generelt praktiseres af staterne i henhold til deres evner. Hvor der er trusler om irreversibel skade, skal mangel på fuld videnskabelig sikkerhed ikke bruges som grund til at udsætte omkostningseffektive foranstaltninger for at forhindre miljøødelæggelse" (102).

Forsigtighedsprincippet bygger på motivet "better safe than sorry" og Europarådet har forklaret dets anvendelse i forhold til eksponering for EMF/EMR:

"Forsigtighedsprincippet anvendes, når den videnskabelige evaluering ikke gør det muligt at fastslå risikoen med tilstrækkelig sikkerhed, især i lyset af den øgede eksponering af børn og unge. Det kan føre til ekstremt store menneskelige og økonomiske konsekvenser, hvis tidlige advarsler ignoreres og man undlader at handle, som det var tilfældet med tobak, blyholdig benzin og asbest" (5).

Det fremgår altså krystalklart, at det netop er, når forskningen ikke er entydig, at Forsigtighedsprincippet skal anvendes. Grunden hertil er, at når der er usikkerhed om helbredsrisikoen, så er der en risiko, som alle, ikke mindst børn og gravide kvinder skal beskyttes imod.

Men i svar på spørgsmål 498 argumenterer SST for, at når forskningen ikke er entydig, så behøver myndighederne ikke at foretage sig noget. Det betyder, at når SST ikke handler m.h.p. at beskytte befolkningen mod EMF/EMR, så tilsidesætter SST fuldstændigt Forsigtighedsprincippet, som Danmark har skrevet under på at følge. For Forsigtighedsprincippet udsiger, at det netop er, når forskningen ikke er entydig, at ALARA skal anvendes og mennesker skal beskyttes mod strålingen, fordi der faktisk er en risiko for menneskers helbred. Som Damvik og Johansson peger på, så forveksler SST hermed sin pligt til risikohåndtering med en risikovurdering. Men risikovurdering er forskernes opgave og ikke politikernes, hvorimod risikohåndteringen er myndighedernes opgave og pligt - en opgave og pligt som de danske sundhedsmyndigheder helt undlader at påtage sig. Ifølge Damvik og Johansson, kan myndighederne selvfølgelig godt beslutte sig for at beskytte sig mod en videnskabelig etableret helbredsrisiko:

"men denne tilnærmelse er ikke en anvendelse af Forsigtighedsprincippet, Videnskabelig usikkerhed er en nødvendig forudsætning for at påkalde Forsigtighedsprincippet" (103).

Det er derfor spin af værste skuffe, når SIS i Notat d. 1. marts 2013 påberåber sig at anvende et til lejligheden opfundet "forsigtighedsprincip":

"Sundhedsstyrelsen finder, at Danmark i denne sammenhæng opfylder et helt nødvendigt forsigtighedsprincip ved Sundhedsstyrelsens anbefalinger" (38).

For SIS/SST kan ikke efter forgodtbefindende opfinde en hjemmestrikket definition af forsigtighedsprincippet. Forsigtighedsprincippet ALARA er et helt bestemt veldefineret princip, som Danmark er EU traktatmæssigt forpligtet til at implementere og som de danske sundhedsmyndigheder skal tage i anvendelse, når evidensen for negative effekter for miljøet og for menneskers, dyrs og planters sundhed eksisterer men er usikker og der dermed er en risiko. SST's misinformationer og manipulationer når her groteske højder og det er helt utroligt, at SST kan slippe afsted med at tilsidesætte Forsigtighedsprincippet med en falsk/hjemmestrikket definition af begrebet og samtidig kræve "entydig evidens", som netop er i direkte modstrid med det virkelige Forsigtighedsprincip ALARAs definition og dermed tilsidesætte sin forpligtelse til at beskytte den danske befolkning.

2) Entydighed er ikke et mål for videnskabelighed

For det andet er SST's krav om entydighed i evidensen, udover at være i modsætning til Forsigtighedsprincippet, heller ikke et krav der skal være opfyldt, for at en evidens er videnskabeligt fastsat. Et krav om entydighed er ikke et legitimt argument for videnskabelig validitet, for absolut entydighed og sikkerhed i videnskab er umulig at opnå, da der i såvel epidemiologiske som i laboratorieundersøgelser er mange kilder til usikkerhed (89). Et krav om "videnskabelig tyngde" ("*weight of evidence*"), som SST kritiserede Biolnitiative Rapporten fra 2007 for ikke at opfylde (37), er heller ikke et validt argument for videnskabelig validitet. SST argumenterer således, at da 50% af EMF/EMR undersøgelserne dokumenterede helbredsskader, men 50% ikke viste helbredsskader, viste evidensen ikke et "konsistent mønster" i betydningen, at når man tæller procenter af positive undersøgelser og vejer dem op mod negative undersøgelser, er der ikke et ensartet mønster af videnskabelig "tyngde" (37).

Det, SST med andre ord bedømmer ud fra, er et vægtskålsprincip, hvor man tæller undersøgelser som viser helbredseffekter og vejer dem op mod et antal undersøgelser, der ikke viser effekter. Men et sådant vægtskålsprincip er i strid med fundamental videnskabelig epistemologi. Faktisk dokumenterer de eksisterende EMF/EMR, undersøgelser som er foretaget mellem 2007-2012, at der i dag er stor overvægt af undersøgelser, der viser en helbredseffekt. Fx er den samlede forskning i de 5 år vedr. radiofrekvens undersøgelser af neurologiske effekter fordelt således i vægtskålen, at 62 % (antal 98) viser effekter og 37 % (antal 75) ingen effekter viser. For ELF EMF undersøgelserne viser 93 % (antal 64) effekter og 7 % (antal 5) viser ingen effekter (26). Hvis vægtskålsprincippet var et seriøst videnskabeligt princip, ville denne overvægt, der for ELF EMF nærmer sig 100 % af undersøgelserne, være tilstrækkelig til at konkludere, at EMF undersøgelserne "entydigt" dokumenterer, at EMF forårsager helbredseffekter.

At noget er videnskabeligt erkendt og etableret afgøres imidlertid ikke af antal studier på en vægt. Som Phillips et al peger på, er "*videnskabelig tyngde*" derfor en vag term, der bruges, når man vil anvende implicite kvalitative og/eller subjektive kriterier i bedømmelsen af videnskabelig evidens, sådan som SST og SIS gør i bedømmelsen af Biolnitiative Rapporterne. Men, som Phillips et al anfører - og det gælder i højeste grad SST's svar og konklusion på spørgsmål 498 såvel som SST's og SISs tidligere bedømmelser af Biolnitiative Rapporterne –

"lægges der ikke megen vægt på at foretage en kritisk analyse af ligheder og forskelle i de biologiske systemer som er undersøgt, i eksponeringsregimer, data, eller i forskernes fortolkninger og konklusioner i de pågældende undersøgelser (104).

Både Phillips et al og Lai peger derfor på, at en valid bedømmelse af evidens i stedet må interessere sig for styrken i evidensen ("*strength of evidence*"), som bedømmes ud fra de videnskabelige

resultaters konsistens, i betydningen: at forskellige eksperimenter/undersøgelser som bruger forskellige metoder og som undersøger forskellige endemål, kommer frem til de samme konklusioner. Det er det bedste bevis på et fænomen (26, 104, 103).

Det er netop den konsistens i EMF/EMR evidens Biolnitiative Rapporterne dokumenterer, hvor mange forskellige resultater fra forskning, som har brugt forskellige tilnærmelser til problemet om helbredsskader som følge af EMF/EMR eksponering, peger på samme konklusion: at eksponering for lav-intense EMF/EMR skader menneskers (og dyrs) biologi på en lang række områder.

Det er den vigtigste konklusion i de 2 Biolnitiative Rapporter fra 2007 og 2012. At Danmarks Sundhedsmyndigheder bliver ved med at benægte validiteten af de over 3000 videnskabelige EMF/EMR undersøgelser som Biolnitiative Rapporterne bygger på, er særdeles uvidenskabeligt og dermed et alvorligt samfundsproblem.

Som ved asbestskandalen i 1970'erne hvor SST varetog industriens interesser i et helt årti på bekostning af menneskers helbred (78), gentager SST/SIS nu i 2013 dette mønster i forbindelse med EMF/EMR. Det er et enormt svigt af hele den danske befolkning som i dag eksponeres konstant og massivt for den elektromagnetiske stråling. Dengang i 1970'erne gik de ansvarlige læger, embedsmænd og politikere fri. Fremtiden vil vise, om de læger, konsulenter, embedsmænd og ministre knyttet til de danske sundhedsmyndigheder, som i årevis har deltaget i EMF/EMR "*corporate cover-up*" også vil gå fri fra ansvarspådragelse i forhold til de tusindvis af danskere der allerede er syge og skadede af EMF/EMR og de tusindvis af danskere som vil blive syge af EMF/EMR i fremtiden.

KAPITEL 2 SPØRGSMÅL 499

"ICNIRPs vurdering af effekter (ICNIRP 1998) er blevet gennemgået og fundet at være alvorligt og fatalt fejlbehæftet med et konsistent mønster af forudindtagethed (bias), store fejltagelser, udeladelser og tilsigtede forvanskninger... Jeg påviser, at den klart og afgørende er karakteriseret af forudindtagethed (bias) i forhold til at finde helbredseffekter i en sådan grad, at de fleste af de tilgængelige undersøgelser, som påviser effekter, er blevet ignoreret og at de der er udvalgt i det store og hele er fordrejede, mistolkede og misbrugt"

Biofysiker Niel Cherry, New Zealands regerings tidligere rådgiver, i hans "Kritik af ICNIRPs retningslinjer"

Andre landes forholdsregler mod EMF/EMRs helbredsskadelighed

I SST's svar på spørgsmål 499:

"Hvordan andre lande forholder sig til problemstillingen omkring elektromagnetiske felters sundhedsskadelige virkninger, hvilke beskyttelsesforanstaltninger kendes der til"?,

svarer SST korrekt:

"at enkelte regioner, kommuner eller lokale institutioner i flere EU-lande har indført lavere grænseværdier for eksponering i det radiofrekvente område og/eller restriktioner ved brug i skoler eller andre offentlige institutioner af radiofrekvent teknologi" (1).

Men SST oplyser ikke, hvilke lande, regioner og kommuner, det drejer sig om og heller ikke, hvor meget grænseværdierne er sænket. SST konkluderer,

"at Danmark, ligesom EUs øvrige medlemsstater anvender ICNIRPs (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) grænseværdier og anbefalinger".

Men SST oplyser ikke, hvad ICNIRPs grænseværdier er, og hvad de nærmere går ud på.

Jeg kan derfor oplyse, at ICNIRPs grænseværdier for mikrobølgestråling fra den slags som mobiltelefoner, trådløst internet og mobilmaster benytter, angivet som mål for effektæthed i mikrowatt pr. kvadratmeter ($\mu\text{W}/\text{m}^2$) sammenlignet med andre landes, BioInitiative Rapporternes og Seletun konferencens anbefalinger samt solens naturlige stråling, er:

ICNIRP (1998)	9.000.000
Danmark, SE, NO, SF, UK, DE, E, F etc.	9.000.000
Belgien (ex. Vallonien)	1.115.000
Indien	900.000
Rusland	100.000
Kina	100.000
Schweiz, Liechtenstein, Luxembourg	95.000
Belgien (Vallonien)	24.000
Bruxelles og omegn	24.000
Wien	10.000
anbefalet i BioInitiative Rapporten 2007	1.000
franske testkommuner	1.000
Salzburg (alle frekvenser samlet)	1.000
anbefalet af Seletun Videnskabelige konference 2011	170
Europaparlamentet	100
Salzburg (udendørs):	10
anbefalet i BioInitiative Rapporten 2012	3
Salzburg (indendørs)	1
Solens bidrag ved meget kraftige solstørme	0,1
Solens bidrag under normale forhold	0,000.000 - 0,000.000.000.01

(2, 3, 4, 5, 6,)

Bemærk, at Europaparlamentet selv har sænket grænseværdierne i Parlamentet til 90.000 gange lavere strålingsniveauer end ICNIRPs grænseværdier. Baggrunden herfor er, at den New Zeelandske forsker Niel Cherry i 2000 havde præsenteret virkeligheden for Parlamentet. Politikerne forstod alvoren og ville mindske risikoen for sig selv. (6).

Andre beskyttelsesforanstaltninger

I svaret til Folketinget oplyser SST heller ikke, hvilke lande, der har etableret andre beskyttelsesforanstaltninger og anbefalinger. Jeg kan derfor oplyse at

I Belgien har regeringen forbudt reklamer for mobiltelefoner rettet til børn under 14 år, og salg af mobiltelefoner til børn under 7 år.

Børn anbefales at undgå lange og unødvendige mobilsamtaler og sende SMS i stedet for. Tydelig angivelse af hvor meget mobiltelefonen stråler (i SAR-værdi) for hver mobil ved salg og i reklamer.

I Østrig anbefaler sundhedsmyndighederne i Salzburg, at trådløst computernetværk og trådløse telefoner ikke anvendes i skoler og børnehaver. Den Østrigske Lægeforening opfordrer regeringen til at begrænse børns og unges brug af mobiltelefoner og kun til livsvigtige samtaler, samt at mobiltelefoner til børn under 6 år skal forbydes.

I Frankrig har myndighederne forbudt mobiltelefoner i folkeskolen, forbudt reklamer for mobiltelefoner rettet til børn under 14 år, forbudt salg af mobiltelefoner til børn under 6 år. Nationalforsamlingen har sagt ja til ændring af skoleloven, så faste netværk prioriteres frem for trådløse netværk i skolerne. Franske husejere har ret til at sige nej til placering af mobilmaster på taget.

I Tyskland anbefaler Statens Institut for Strålebeskyttelse, at børns brug af mobiltelefoner begrænses så meget som muligt. Regeringen anbefaler, at fast opkobling til internettet prioriteres frem for trådløs.

I Finland anbefaler Statens Institut for Strålesikkerhed, at børn bør minimere brug af mobiltelefon og først og fremmest bruge SMS.

I England anbefaler myndighederne, at børn under 16 år kun anvender mobiltelefon til vigtige samtaler og at samtalerne holdes korte.

I Rusland anbefaler sundhedsmyndighederne og en gruppe eksperter, at børn og unge under 18 år samt gravide kvinder ikke anvender mobiltelefon. Bl.a. fordi børn løber en større risiko for at få kræft og neurologiske sygdomme. Det anbefales desuden, at voksne aldrig skal tale i mobiltelefon længere end i 3 minutter, hvorefter man skal vente mindst 15 minutter til næste samtale.

I Australien har Statens Strålebeskyttelsesråd udstedt nye advarsler for at begrænse børns mobiltelefonbrug.

Per Clausens (EL) supplerende spørgsmål 561 og 562

Da SST ikke specificerede svaret, stillede Sundheds- og Forebyggelsesudvalget d. 27. marts 2013 efter ønske fra Per Clausen (EL) derfor spørgsmål 561:

”Er ministeren bekendt med, at lande som England, Frankrig, og Italien har taget initiativer for at beskytte særligt børn og unge mod radiofrekvent stråling fra trådløs telekommunikation”

og spørgsmål 562:

”Er ministeren bekendt med, at Ruslands strålingsmyndighed i 2012 har frarådet brug af trådløst internet (Wi-Fi) i børnehaver og skoler samt, at Israels sundhedsminister har meldt ud, at trådløst internet (Wi-Fi) bør undgås i skoler?”(7).

SST svarede d. 21. maj 2013, at

"man fra de relevante ministerier i de nævnte lande vil indhente helt aktuelle oplysninger om de pågældende landes anbefalinger og restriktioner på det radiofrekvente elektromagnetiske område og fremsende oplysningerne, når de er modtaget".

D. 26. august 2013 fulgte SST så op på svarene på spørgsmål 561 og 562, og fremsendte ordlyden fra de 5 landes sundhedsmyndigheder (7).

Vedr. Italien

oplyser SST følgende:

"at EU-medlemsstaterne Storbritanien, Frankrig og Italien følger de anbefalede grænseværdier fastsat af ICNIRP (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) for eksponering fra radiofrekvent elektromagnetisk stråling. Italien opererer i tillæg til de fastsatte grænseværdier for eksponering med opmærksomhedsværdier og kvalitative målsætninger".

Denne udlægning af Italiens grænseværdier er imidlertid stærkt tendentiøs. Det skal således se ud som om Italiens fastsatte grænseværdier, er ICNIRPs grænseværdier, men at Italien hertil har lavet visse tillæg. Men det er ikke tilfældet. De italienske myndigheder skriver klart og tydeligt, at

"lovgivningen....opererer med 3 grænseværdier for stråling fra trådløs telekommunikation, der er fastsat ud fra et forsigtighedsprincip.

Italien har altså 3 forskellige grænseværdier, hvor ICNIRPs grænseværdi kun er en af dem, som *"er den maksimale grænse, hvor ingen under nogen omstændigheder bør udsættes for højere værdier".*

Udover denne maksimale grænse opererer Italien med den 2. grænseværdi: opmærksomhedsværdien. Denne opmærksomhedsværdi

"må ikke overskrides i områder, hvor folk opholder sig i mere end fire timer ad gangen, så som beboelsesområder, arbejdspladser og skoler". Og den *"udgøres af en reduktion på ca. 10 gange af den øvre grænse for eksponering"*

Dvs. at alle steder hvor mennesker opholder sig i Italien - i hjem, på arbejdet og i skoler er grænseværdien for RFR en reduktion på 10 gange =10% af ICNIRPs grænseværdier = 100.000 $\mu\text{W}/\text{m}^2$.

Den 3. grænseværdi: de kvalitative målsætninger for samtlige nyopførte bygninger er den samme som opmærksomhedsgrenseværdierne, altså 10 gange mindre end ICNIRPs grænseværdier.

Om Italien oplyser SST desuden, at udover Frankrig

"har de øvrige 4 lande ingen fastsatte krav om særlige foranstaltninger rettet til børn og unge i skoler og børnehaver".

Det er imidlertid heller ikke korrekt, for de italienske myndigheder skriver klart og tydeligt:

"der er ingen særlige foranstaltninger rettet mod børn og unge i skoler og børnehaver, da de i forvejen lave opmærksomhedsværdier menes at være lave nok til at beskytte dem". Det betyder, at modsat SST's oplysning, er de italienske børn og unge i børnehaver og skoler og hjem netop beskyttet af de lovfastede grænseværdier, som SST ikke oplyser om, og som er 10 gange lavere end ICNIRPs grænseværdier.

Vedr. England

oplyser SST korrekt, at England følger ICNIRPs grænseværdier. England følger altså ikke forsigtighedsprincippet ligesom Italien gør. Derimod mener de engelske myndigheder - helt utroligt - at engelske børn skal følge Forsigtighedsprincippet:

"DH advise that children should apply the precautionary principle".

Mon engelske børn kan læse Lissabon traktaten?

Det er en latterlig ansvarsforflygtigelse. Forsigtighedsprincippet er noget regeringer har skrevet under på at følge, ikke noget befolkningsgrupper skal følge – og slet ikke børn. De engelske myndigheder har desuden udgivet en brochure med råd til børn og unge om at minimere brug af RFR ved at bruge SMS og hands-free.

Vedr. Frankrig

oplyser SST korrekt, at Frankrig følger ICNIRPs grænseværdier, men glemmer at oplyse, at Frankrig d. 5. marts 2013 vedtog at bruge forsigtighedsprincippet i skoler. SST oplyser korrekt, at Frankrig

- har forbudt mobiltelefoner i folkeskolen
- har forbudt reklamer for mobiltelefoner rettet til børn under 14 år
- har mulighed for at forbyde radioelektronisk udstyr tilegnet børn under 6 år
- opfordrer til at bredbåndsforbindelser i stedet for Wi-Fi prioriteres i folkeskolen og af staten og kommunerne

Men de glemmer at oplyse, at franske husejere har ret til at nægte opsættelse af mobilmaster.

SST oplyser endvidere, at ANSES (Frankrigs sundhedsmyndigheder) anbefalinger danner baggrund for den lovgivningsmæssige proces. Efter SST's svar udkom ANSES 460 sider nye rapport d. 15 oktober 2013. Her advarer ANSES befolkningen og råder til:

- *”at voksne storforbrugere af mobiltelefon bruger headset*
- *at generelt alle brugere køber mobiltelefoner med den laveste SAR værdi*
- *at reducere eksponeringen af børn ved at opfordre til moderat forbrug af mobiltelefoner*
- *at fortsætte med at forbedre registrering af befolkningens eksponering i udendørs og indendørs miljøer ved målekampagner*
- *at dokumentere de betingelser, der på eksisterende anlæg forårsager den højeste eksponering af offentligheden og efter forskning i, hvordan de kan reduceres ved tekniske midler*
- *at almindeligt udstyr beregnet til brug tæt på kroppen(DECT-telefoner, tablets, PC'ere, babyalarmer etc.) og som udsender elektromagnetiske felter, tydeligt skal vise det maksimale niveau for eksponering (som fx SAR-værdi), som det allerede er tilfældet ved mobiltelefoner” (9).*

Disse advarsler fulgtes op af Frankrigs Nationalforsamling, som d. 23. januar 2014 vedtog et lovforslag om begrænsning af eksponering for trådløst udstyr for hele befolkningen. Bl.a. forbydes reklamer for iPads rettet mod børn under 14 år og brug af Wi-Fi i børnehaver for børn under 3 år. Desuden skal Wi-Fi slukkes i skolen, når det ikke bruges aktivt.

Loven omfatter desuden:

- på alle produkter som udsender radiofrekvent stråling skal det klart og tydeligt angives, hvor meget de stråler (i SAR)
- på alle mobiltelefoner der sælges, skal der fremgå en anbefaling af, hvordan man anvender dem for at mindske eksponering. Disse anbefalinger skal fremgå både på selve telefonen såvel som i brugsanvisningen
- alle produkter skal forsynes med en slukningsfunktion for trådløs internet kommunikation
- brugsanvisningen skal klart angive, hvordan man kan slukke de trådløse funktioner
- trådløst kommunikerende apparatur må ikke installeres i beboelsesbygninger uden beboerne informeres herom,
- alle trådløse internet sendere skal nemt kunne slukkes
- alle som udbyder trådløst internet til almenheden skal tydeligt oplyse dette ved indgangen til bygningen
- på steder i miljøet hvor strålingen fra mobilmaster er langt højere end gennemsnitligt, kan de franske myndigheder kræve, at operatøren iværksætter foranstaltninger for at reducere strålingen, selvom den er lavere end de gældende grænseværdier

Den nye lov behandler desuden også det stigende problem med el-overfølsomhed. Inden et år skal regeringen derfor fremlægge en udredning til Parlamentet om muligheden for at indrette zoner med lavere stråling, bl.a. i byerne samt udrede arbejdsmiljøet for el-overfølsomme og forskellige saneringsmetoder.

Lovteksten som er vedtaget af Nationalforsamlingen er første trin. Den går nu videre til Senatet, som også skal godkende den.

Vedr. Israel

oplyser SST korrekt, at

”Israel opererer med referenceniveauer for befolkningen af 10% af ICNIRPs anbefalede grænseværdier ved kontinuert eksponering for radiofrekvent elektromagnetisk stråling”.

Det betyder altså, at Israel, ligesom Italien, ikke følger ICNIRPS grænseværdier ved kontinuerlig eksponering. Israels myndigheder understreger desuden, at deres anbefalinger for trådløs telekommunikation er baseret på forsigtighedsprincippet også ligesom Italiens grænseværdier er.

De israelske myndigheder har fremsendt et særdeles omfattende og restriktivt lovgrundlag til SST. Vedr. børn og unge hedder det fx:

”Det Israelske Sundhedsministerium har defineret babyer, børn og unge, som en befolkningsgruppe som kan være mere følsomme overfor eksponering for stråling sammenlignet med den voksne befolkning.”

Bl.a. påpeges det, at børn og unge kan være mere sårbare overfor at udvikle kræft ved eksponering for kræftfremkaldende agenser.

I 2011 besluttede Israels myndigheder derfor, at i forhold til brug af mobiltelefon, Wi-Fi samt ELF fra elforsyningen m.m. i skoler skal forsigtighedsprincippet anvendes.

I 2013 udsendte undervisningsministeriet en skærpet restriktion i forhold til brug af Wi-Fi og laptops af både elever og lærere, Det hedder her:

”Undervisningsinstitutioner (dvs. skoler fra 1 klasse og derover -fra 6 år og opefter) skal altid foretrække installation af kablet netværk med mindre, det udgør en sikkerhedsfare, som stammer fra dets brug og installation. I tilfælde, hvor der er en teknisk begrundelse for at installere Wi-Fi såvel som en pædagogisk begrundelse for at bruge internet på skolen (i overensstemmelse med appendix ”brug af internet i skolen - pædagogisk begrundelse” og appendix ”forhold som kan forhindre installation af kablet netværk i skoler - en teknisk begrundelse”) kan et trådløst netværk installeres ved at tage hensyn til de følgende begrænsninger:

Brug af trådløst netværk i børnehaver er forbudt. Vedr. aldersgruppen relateret til 1. klasse og derover (fra 6 år og opefter).

- 1. i hver klasse bliver et kablet access point installeret ved lærerens kateter og læreren vil bruge kablet netværk så længe, der ikke er nogen grund til at bruge trådløst netværk*
- 2. intensiteten af strålingen skal automatisk sænkes, når det ikke bruges*
- 3. Wi-Fi access points skal automatisk sænkes, når det ikke bruges*
- 4. Wi-Fi tilslutningen (mobiltelefoner, laptops, tablets etc.) skal være slukket i skolen, når de ikke bruges*
- 5. hvert rum, gang og klasseværelse skal have mindst en router, og der skal være mindst en Wi-Fi router for hver 150 m, som ikke er adskilt af vægge*
- 6. antallet af Wi-Fi access points skal svare til antallet af brugere (ikke mindre end 25 brugere) pr. point*
- 7. udstyr, som ikke kan forbindes til det kablede netværk, er ikke tilladt*
- 8. i 1-3 klasse er der ugentlig tidsbegrænsning på at bruge trådløst netværk:*
 - 1. - 2. klasse (6-8 årige børn) - op til en time om dagen og ikke mere end 3 timer om ugen*
 - 3. klasse (8-9 årige børn) - op til 2 timer om dagen og ikke mere end 4 dage om ugen”*

Israel har således omfattende lovfastsatte krav om særlige foranstaltninger for børn i børnehaver og skoler. Når SST derfor skriver til Folketinget, at udover Frankrig

”har de øvrige 4 lande ikke lovfastsatte krav om særlige foranstaltninger rettet mod børn og unge i skoler og børnehaver”

er dette en klar misinformation af Folketinget.

Efter de Israelske myndigheders oplysninger blev sendt til de danske myndigheder, har Israels højeste domstol d. 18. juli 2013 desuden beordret regeringen at udrede, hvor mange israelske børn, der allerede er ramt af el-overfølsomhed/EMF- syndrom/mikrobølgesyndromet. Ordren var udfærdiget som et svar på en appel til domstolen om at forbyde Wi-Fi på skoler.

Regeringen skulle indgive sit svar til domstolen senest d. 16. november 2013. Jeg er ikke klar over, om det er sket. (10, 11)

Vedr. Rusland

Vedr. Rusland skriver SST, at

”det ikke har været muligt for Kommunikationsministeriet at indhente informationer om regulering af trådløs kommunikation”,

men SST oplyser ikke, at det skyldes, som de russiske myndigheder påpeger, at SST ikke har oplyst formålet med anmodningen bl.a. ikke har oplyst reference til de teknologier der anvendes. Det har derfor ikke været muligt for de russiske myndigheder, at lave en komplet liste over de resolutioner som State Commission for Radio Frequencies har, inklusiv beskrivelse af alle de teknologier og radiofrekvenser som anvendes. De russiske myndigheder skriver, at de alligevel vil forsøge at forsyne de danske myndigheder med specifikke data vedr. mobiltelefon radio teknologier. og har fremsendt en udførlig beskrivelse af mobiltelefon teknologier (UMTS, LTE, GSM 900, GSM 1800) og hvilke værdier for antenneforhold, der gælder i Rusland for disse teknologier.

Vedr. spørgsmålet om Rusland anvender lovbestemte grænseværdier for EMF/EMR, som afviger fra ICNIRPs grænseværdier, svarer de russiske myndigheder, at de ikke har nogen oplysninger om, at Rusland anvender ICNIRPs grænseværdier.

Forklaringen herpå er, at Rusland har sin egen institution RNCNIRP (Russian National Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) som sætter de russiske grænseværdier, som er meget lavere end ICNIRPs grænseværdier. RNCNIRP har adressen:

46 Zhivopisnaya Str., 123182 Moscow, Russia, www.emf-net.ru.

Det kan i den grad undre, hvorfor de danske sundhedsmyndigheder ikke kender til RNCNIRP og ikke har henvendt sig til rette instans i spørgsmål om de russiske grænseværdier. Men de russiske myndigheder spørger høfligt til, hvilke anbefalinger fra ICNIRP, de danske myndigheder spørger til? Rusland anvender altså ikke ICNIRPs retningslinjer, og landet har meget lavere grænseværdier.

SST misinformerer om andre landes grænseværdier og beskyttelsesforanstaltninger

En lang række lande i og udenfor Europa har sænket grænseværdierne i forhold til ICNIRPS tårnhøje termiske grænseværdier, og Rusland og Kina har aldrig anvendt dem. Desuden har en lang række lande lovfæstede og anbefalede særlige beskyttelsesforanstaltninger for børn og unge som følger Forsigtighedsprincippet.

SST har kun undersøgt Englands, Frankrigs, Italiens, Israels og Ruslands grænseværdifastsættelser og andre beskyttelsesforanstaltninger vedr. radiofrekvent stråling.

Her viser det sig, at 3 lande, nemlig Rusland, Italien og Israel ikke følger ICNIRPs grænseværdier. Italien og Israel har for nylig reduceret deres grænseværdier 10 gange for kontinuerlig eksponering i forhold til ICNIRPs grænseværdier og følger Forsigtighedsprincippet.

Dertil kommer, at Frankrig, Israel, Italien og Rusland aktivt har foretaget forandringer for at reducere børns og unges eksponering, kun England skiller sig ud, ved – ligesom Danmark og de andre nordiske lande - hverken at anvende Forsigtighedsprincippet, reducere ICNIRPs grænseværdier eller have indført lovbestemte restriktioner til beskyttelse af børn og unge.

På trods heraf konkluderer SST, helt i modstrid med fakta, at Danmark ligger på linje med alle disse 5 lande, selvom Danmark kun ligger på linie med England, idet SST skriver:

”SST vurderer samlet, at reguleringen og de generelle anbefalinger rettet mod befolkningens eksponering for radiofrekvent stråling, der refereres i de modtagne oplysninger fra de fem lande, i alt væsentlighed er i overensstemmelse med den danske regulering og de danske anbefalinger på området”.

Det er en helt utrolig konklusion, som simpelthen ikke passer. Danmarks regulering af befolkningens eksponering for radiofrekvent stråling følger ICNIRPs grænseværdier og anbefalinger til punkt og prikke, og Danmark anvender ikke Forsigtighedsprincippet.

Det betyder, at danske borgere, inklusiv babyer, børnehavebørn og skolebørn må bestråles med 10 gange så høje RFR intensiteter som Frankrigs og Israels børn, og Ruslands, Italiens, Kinas og Indiens befolkninger.

Det fremgår da også af svar på spørgsmål 499 - og på spørgsmålene 561 og 562 samt opfølgningen d. 26. august 2013, at det allervæsentligste for Danmarks myndigheder er, at

”Danmark ligesom EUs øvrige medlemsstater (hvilket altså ikke passer) anvender ICNIRPs (International Commission on Ion-Ionizing Radiation Protection) grænseværdier og anbefalinger”.

Dette svar, at Danmark retter sig efter og promoverer ICNIRPs grænseværdier har desuden ingen informationsværdi, da SST ikke oplyser, hvad ICNIRP er for en organisation, hvad ICNIRPs grænseværdier er, hvad de beskytter imod og ikke beskytter imod. SST oplyser heller ikke, hvorfor Europaparlamentet, Europarådet, EEA, Biolnitiative Rapporterne, Internationale lægegrupper og forskergrupper samt mange lande forkaster ICNIRPs grænseværdier og anbefalinger og fastsætter meget lavere grænseværdier samt andre beskyttelsesforanstaltninger (3-5, 8, 12-22).

Denne tavshed og ekskommunikation om ICNIRP, som SST igen og igen henviser til, er derfor særdeles ejendommelig. Det store spørgsmål er derfor: hvorfor retter Danmark sig i tykt og tyndt efter en el- og telekomindustri finansieret privat NGO som ICNIRP, uden at stille det mindste spørgsmålstegn herved? Og hvorfor redegør SST ikke for ICNIRPs grænseværdier og retningslinjer? Grunden til, at mange andre lande forlader dem er jo, at de overhovedet ikke beskytter mod en skræmmende lang liste af negative bio-fysiske helbredspåvirkninger og -skader, hvilket SST imidlertid både fortier og misinformerer om.

Så hvad er det, der foregår?

Da de danske sundhedsmyndigheder slet ikke oplyser Folketinget og befolkningen om disse vitale spørgsmål, skal jeg i det følgende redegøre for ICNIRPs virke.

ICNIRP

ICNIRP (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) er en tysk registreret forening - en privat NGO - som rådgiver bl.a. WHO, EU og nationalstater om ikke-ioniserende elektromagnetiske felter. Medlemslisten i foreningen består først og fremmest af fysikere og statistikere (dvs. eksperter i viden om dødt materiale), som har tætte forbindelser til el- og mobilindustrien og det militærindustrielle kompleks. ICNIRP består således ikke først og fremmest af lægevidenskabelige eksperter, som har biologisk indsigt og kompetencer og forskningserfaring med elektromagnetiske felters påvirkning på levende væsner, herunder på mennesker. ICNIRP er altså ikke et lægefagligt ekspertpanel som fx IARC (International Agency on Research on Cancer) er. ICNIRP er heller ikke en FN (WHO) eller EU-organisation eller et officielt regeringsorgan og er derfor ikke bundet af internationale love, konventioner eller reguleringer.

ICNIRP består af en hovedkommission på 14 medlemmer og 4 siddende komiteer, samt et antal konsulenter. Nye medlemmer af ICNIRP vælges af de siddende, og ICNIRP er således selvsupplerende. Sandsynligheden for, at der bliver lukket eksperter ind i ICNIRP, som har en anden videnskabelig vurdering af EMF/EMRs påvirkning på levende væsner, end de siddende medlemmers, er derfor meget ringe (1, 23, 25).

ICNIRPs og dets forskellige komiteers angivne formål er, at adressere og yde ekspertråd om mulige skadevirkninger for menneskers helbred pga. eksponering for ikke-ioniserende stråling. Det meste af den information ICNIRP yder, publiceres i form af gennemgange (reviews) af lægevidenskabelige og biologiske undersøgelser samt af rapporter og afholdelse af møder. Resultatet af disse reviews kombineres med risikovurderinger, som udføres i samarbejde med IEMFP (International Electromagnetic Field Project) under WHO og resulterer i udgivelse af ICNIRPs retningslinjer for eksponering (25).

Ikke-ioniserende elektromagnetiske felter/stråling (NIR)

ICNIRP sætter grænseværdier for flere fysiske agenser bl.a. for ikke-ioniserende elektromagnetiske felter/stråling, ultralyd, ultraviolet lys oa., men i denne sammenhæng er det kun NIR som er relevante, specielt de meget lave ELF EMF (Ekstremt Lave Frekvenser af Elektromagnetiske Felter) og de meget høje RF/MW EMF (Radiofrekvens/mikrobølgefrekvens Elektromagnetiske Felter) også kaldt RFR (Radiofrekvent Stråling). ICNIRP sætter forskellige grænseværdier for den almene befolkning og i arbejdslivet, hvor eksponeringsgrænserne for den almene befolkning sættes ved lavere niveauer end for arbejdslivet. ICNIRPs nugældende grænseværdier, som Danmark retter sig efter, er fra 1998 (2). For den almene befolknings eksponering er ICNIRPs grænseværdier ens for alle befolkningsgrupper. Dvs. babyer, børnehavebørn, skolebørn, gravide, kronisk syge, ældre og særligt overfølsomme mennesker må udsættes for lige så megen eksponering som andre befolkningsgrupper, selvom den videnskabelige evidens viser, at børn, gravide og andre sårbare grupper er meget mere overfølsomme overfor strålingen end andre mennesker.

Det ved ICNIRP godt, og det er bemærkelsesværdigt, at ICNIRP i sin rapport: *"Den generelle tilnærmelse til beskyttelse mod ikke-ioniserende stråling"* fra 2002, faktisk gør rede for, at visse befolkningsgrupper er mere sårbare overfor strålingen, og at der derfor er brug for forskellige grænseværdier for forskellige befolkningsgrupper".

Det hedder bl.a. her:

"Forskellige grupper i en befolkning kan have forskelle i deres evne til at tolerere en bestemt NIR eksponering. Fx kan børn, ældre og nogen kronisk syge mennesker have en lavere tolerance for en eller flere slags NIR eksponeringer end resten af befolkningen. I de tilfælde kan det være nyttigt eller nødvendigt at udvikle særskilte grænseværdier for forskellige grupper i den almene befolkning, men det kan være mere effektivt at justere grænseværdierne for den almene befolkning for at inkludere disse grupper. Nogle grænseværdier kan stadigvæk ikke udgøre en tilstrækkelig beskyttelse for visse følsomme individer eller for normale individer, som eksponeres konstant for andre agenser, som kan forværre effekter af NIR eksponering, fx individer som lider af lysoverfølsomhed. Hvor sådanne situationer opstår, må der udvikles passende specielle råd i forhold til den videnskabelige viden herom" (26).

Det viser sig imidlertid, at denne særdeles væsentlige ICNIRP rapport fra 2002, som beskriver, at nogle mennesker, herunder børn, gamle og syge er særligt overfølsomme overfor EMF/EMR, hvorfor grænseværdierne bør justeres for at inkludere disse grupper, er forsvundet fra grænseværdidokumenterne på ICNIRPs hjemmeside. Man skal lede efter den, før den findes under afsnittet *"Filosofi"*!?

På den måde forsøger ICNIRP altså at skjule rapporten, som dokumenterer, at ICNIRP selv udmærket er klar over, at ICNIRPs nugældende "sikkerheds" grænseværdier fra 1998 for NIR ikke beskytter alle befolkningsgrupper mod helbredsskader. ICNIRP er helt på det rene med, at børn,

ældre, kronisk syge samt særligt EMF- overfølsomme (dvs. el-overfølsomme) ikke beskyttes af ICNIRPs grænseværdier, og at grænseværdierne derfor bør sættes ned (26).

Vi er derfor i den situation, at de grænseværdier og retningslinjer, som ICNIRP har fastsat og som Danmarks myndigheder retter sig efter, ifølge ICNIRP selv, er alt for høje for en lang række befolkningsgrupper. ICNIRP skjuler imidlertid disse facts. Det betyder med andre ord, at ICNIRP misinformerer om de grænseværdier og retningslinjer, de rådgiver landene om at bruge. ICNIRP ved, at de ikke beskytter mange befolkningsgrupper, herunder børn, ældre og nogle kronisk syge mennesker mod helbredsskader. Når ICNIRP alligevel hævder, at grænseværdierne beskytter alle mod helbredsskader, er det derfor mod bedre vidende og alvorlig misinformation.

ICNIRPs termiske grænseværdier

I de senere år er den kommercielle udnyttelse af RF/MW baseret telekommunikation eksploderet.

Som følge heraf bestråles alle befolkningsgrupper nu for luftbåren, trådløs, moduleret og pulseret RF/MW stråling fra alle retninger fra mobilmaster, trådløse netværk (Wi-Fi, Wi-Max, TETRA etc.), trådløs el-, vand- og varmeafledning ("intelligent aflæsning"/"smartmeters"), trådløs (DECT) telefoners base-stationer osv. med uhørt høje intensiteter, som er millioner gange højere end den naturlige baggrundsstråling. På trods af denne eksplosive udvikling er ICNIRPs grænseværdier de samme som i 1982. De sættes stadig ud fra dogmet om, at de eneste skader strålingen forårsager, er øjeblikkelige termiske opvarmningsskader som følge af eksponering for høj-niveau bestrålinger, og at der ved eksponeringer under disse høj-niveau bestrålinger ikke forekommer nogen helbredsskader. Jeg kalder det et dogme, da det har karakter af en trossætning, som magthaverne forsøger at forhindre, der sættes spørgsmålstejn ved, selvom den videnskabelige evidens dokumenterer, at der forekommer et utal af helbredsskader ved lav-niveau bestrålinger, hvor ingen opvarmning kan forekomme.

Andre kalder det "*det termiske paradigme*", som udtryk for, at den bio-fysiske videnskab, som dokumenterer, at elektromagnetiske felter skader biologiske organismer på andre måder end ved opvarmning, ikke accepteres af the Establishment indenfor videnskab og politik. "Det termiske paradigme" med sin påstand om, at de eneste skader der findes, er temperaturforhøjelse og opvarmning, er det bolværk the Establishment sætter op for at holde den ubekvemme sandhed fra døren: at der eksisterer en lang række andre biologiske skader end opvarmning, og at de forekommer ved EMF/EMR eksponeringsniveauer, som er uendeligt meget lavere, end de grænseværdier ICNIRP har fastsat, som kun beskytter mod termiske skader.

Radiofrekvent/mikrobølgefrequent stråling i miljøet

ICNIRPs tårnhøje grænseværdier for strålingsniveauer er således baseret på, at menneskers væv ikke må kunne opvarmes mere end 1 grad Celsius i løbet af en halv time. Som nævnt, er dette grundlag for ICNIRPs RF/MW grænseværdier: påstanden om, at de eneste skader strålingen forårsager, er opvarmning ved tårnhøje strålingsintensiteter (ligesom i en mikrobølgeovn), essensen af "*det termiske paradigme*", som ikke er videnskabeligt begrundet. Hvis det var videnskabeligt begrundet, ville forskellige befolkningsgrupper ikke kunne have mindre tolerance overfor strålingen end andre, sådan som ICNIRP selv beskriver (26).

Strålingen fra RF/MW i miljøet måles i V/m (volt pr. meter) men oftest i forhold til den gennemsnitlige effektæthed W/m^2 (Watt pr. kvadratmeter) eller $\mu W/m^2$ (mikroWatt pr. kvadratmeter). Grænseværdierne er forskellige alt efter frekvens (i Megahertz) og varigheden af eksponering. For 3G og Wi-Fi er de af ICNIRP sat til 10.000.000 $\mu W/m^2$, for GSM 900 til 4.500.000 $\mu W/m^2$, for GSM 1800 og DECT til 9.000.000 $\mu W/m^2$

Disse høje grænseværdier beskytter mod opvarmningsskader i en periode på 6 minutter.

Altså mod en ultrakort akut bestrålingsperiode. ICNIRPs grænseværdier omfatter ikke - og forholder sig ikke til - kroniske, gentagne, langvarige og akkumulerede eksponeringer ved lavere

strålingsniveauer. Det er særdeles ejendommeligt, i og med det er den slags eksponeringer, vi alle udsættes for i dag 24/7 fra non-stop RF/MW stråling i miljøet.

ICNIRPs grænseværdier beskytter derfor ikke mod helbredsskader og sygdom, bl.a. mod neurologiske/neuropsykologiske/adfærdsmæssige sygdomme som ADHD, Autisme, Alzheimers og EHS, som opstår som følge af gentagne, kroniske, langvarige og akkumulerede eksponeringer, dvs. som tager længere tid om at udvikles end 6 minutter. ICNIRPs akutte højdosis grænseværdier beskytter heller ikke mod kræft, da det er et kendt faktum, at kræft heller ikke opstår i løbet af 6 minutter, men efter langvarig (op til 15-20 års) lavdosis miljøpåvirkning med kræftfremkaldende agenser (tobak, asbest og EMF).

I hhv. 2001 og 2011 klassificerede WHO's kræftforskningspanel IARC (International Agency for Research on Cancer) både ELF og RF/MW som 2 B kræftisiko agenser og placerede dermed EMF i samme kræftisiko agens gruppe som bly, DDT og dioxin, fordi den videnskabelige evidens viser, at både ELF og RF/MW kan forårsage kræft (27). Det er et uhyggeligt og håndfast bevis på, at ICNIRPs grænseværdier ikke beskytter mod alvorlige sygdomme forårsaget af eksponering for langvarige, lav-niveau eksponeringer, hvor ingen opvarmning forekommer. ICNIRPs påstand, at deres termiske grænseværdier er "sikre" er derfor et falsum. Alligevel retter SST sig i et og alt efter ICNIRPs grænseværdier, sådan som SST svarede Folketinget d. 22. maj 2013.

Konkrete strålingsskader fra stråling i miljøet.

Udover at være en mulig årsagsfaktor til kræft, hvis evidens øges hver dag, foreligger der evidens for en mængde anden sygdom forårsaget af RF/MW stråling i miljøet. Psykolog Susanne Bøllings og mit oplæg til Folketinget d. 3. marts 2013 omfattede bl.a. 10 referencer til mobilmasteundersøgelser fra Frankrig, Tyskland, Polen, Israel, Østrig og Ægypten (28).

Siden er der tilkommet flere masteundersøgelser(29). Over 80% af disse mobilmasteundersøgelser dokumenterer en klar sammenhæng mellem bopæl indenfor 500 meter fra en mobilmast og øget neurologisk/neuropsykologisk/adfærdsmæssig sygelighed samt kræft (30). Den 2. Biolnitiative Rapport fra 2012 adresserer specifikt mobilmast evidensen som baggrund for anbefaling af at sætte grænseværdierne ned (4).

De neurologiske/neuropsykologiske/adfærdsmæssige symptomer, beboere tæt på mobilmaster lider af, omfatter: hovedpine, svimmelhed, smerter, koncentrationsforstyrrelser, træthed, søvnforstyrrelser, hukommelsesforandringer, rysten, depressive symptomer, hjertesymptomer, varmfølelse, sveden, tab af appetit, udmattelse, kolde hænder og fødder, kvalme, syns- og høreforstyrrelser, tinnitus, irritabilitet, bevægelsesproblemer, hudproblemer og allergi (30). Symptomerne er EHS (Electro Hyper Sensitivity) symptomer, tidligere kaldt mikrobølgesyndromet eller radiobølgesyge af både russiske og amerikanske forskere, hvilket jeg kommer tilbage til i kapitel 4. Sygdommen er også beskrevet i Biolnitiative Rapporten og i Europarådets resolution 1815 (3, 12). Sygdommen kaldes i dag på dansk el-overfølsomhed.

Mobilmasteundersøgelserne dokumenterer desuden ophobning af cancertilfælde ("*cancerclusters*") hos mennesker som bor tæt på mobilmaster. Dertil kommer, at mange mennesker, som bor i "*cancerclusters*", og som har fået kræft, fortæller, at de havde EHS symptomer i mange år, før de fik konstateret kræft (31). Flere og flere mennesker bliver også syge, som følge af bestråling med "intelligent aflæsning" ("*smart-meters*") (19), som fungerer som små mobilantener (4), og som nu installeres mod folks eget ønske i private hjem.

ICNIRPs grænseværdier for RF udstyr tæt på kroppen

RF/MW stråling fra udstyr, der bæres tæt på kroppen, herunder mobiltelefoner, smartphones, tablets, trådløse (DECT) telefoner, laptops, babyalarmer etc., måles af ICNIRP ikke i W/m^2 , men derimod i SAR (Specific Absorption Rate), som er et mål for, hvor meget RF energi der absorberes i kroppen. SAR udtrykkes i Watt pr. kg. væv i kroppen (W/Kg). SAR siges at måle den mængde energi pr. tidsenhed (effekt), som absorberes i kroppen i løbet af en halv time, fx. når en mobiltelefon presses ind mod hovedet (1, 2, 32).

Helt fra starten blev udviklingen af SAR ikke sat ud fra mennesker reaktioner, men ud fra forsøg med dyr som blev udsat for høje termiske RF/MW doser, så dyrene grundlæggende brændte op. Forskerne konkluderede, at forsøgene viste, at dyrene fik irreversible termiske (opvarmning) helbredsskader og adfærdsforstyrrelser (*"var ikke længere i stand til at spise"*) ved SAR på 4 W/kg og derover. (23, 33).

På den baggrund har ICNIRP sat grænseværdien for eksponering for den mængde energi, som må sendes ind i menneskers kroppe ved 4 W/kg i 30 minutter for den almene befolknings eksponering. Den tilladte erhvervsmæssige eksponering er meget højere. Med en 50 gange sikkerhedsmargin er den tilladte eksponering for den almene befolkning sat som et gennemsnit på 0,08 W/Kg i løbet af en halv time (2).

For eksponering af hjernen er den tilladte energi, som må sendes ind i 10 gram hjernevæv derimod 2 W/Kg. Det betyder altså, at ICNIRP tillader højere eksponering af hjernen end af hele kroppen, hvilket er ganske utroligt. Grunden hertil, siger telekom ekspert, tidligere ingeniør hos Ericson og forhenværende formand for Sveriges Elöverkänsligas Riksförbund Per Segerbäck, er da heller ikke helbredshensyn, men derimod hensyn til industrien:

"undtagelsen for vores hjerne, at man tillader 2 W/Kg i stedet for 0,08 W/Kg, er udelukkende en tilpasning til industriens og militærets krav for den her slags håndholdt udrustning. Man kunne ikke udvikle mobiltelefoner, som gav 0,08 W/Kg, når de sender" (24).

At Per Segerbäck kan have ret, kan bl.a. ses, hvis man nærlæser de manualer, som følger med køb af hver eneste mobiltelefon, hvad de færreste imidlertid gør. Heraf fremgår, at mobilselskaberne udtrykkeligt råder til, at telefonen skal holdes et vist antal cm - alt efter model - væk fra hovedet. Mobilselskaberne fx Apple oplyser, at grunden til, at iPhone

"bør være mindst 1 cm fra kroppen" er "for at sikre, at eksponeringsniveauerne forbliver ved eller under de maximale niveauer".

Dvs. industrien ved godt og oplyser også om, at hvis man holder mobiltelefonen helt ind til kroppen overskrides ICNIRP grænseværdier (33).

Sundhedsstyrelsen derimod, som ganske vist på sin hjemmeside oplyser, at det er en god ide, at følge manualernes sikkerhedsforskrifter og bruge headset, oplyser imidlertid ikke, at når mobiltelefonen holdes ind til hovedet overtrædes ICNIRPs grænseværdi på 2 W/Kg.

SAR- et falsk og manipuleret mål

SAR beskytter udelukkende mod opvarmning, men ikke mod andre helbredsskader. SAR er altså ikke en valid målemetode. Den væsentligste grund hertil er, at SAR måler energiabsorption, ud fra fysikkens termodynamiske love, som fysikerne i ICNIRP mener er den eneste parameter i strålingen, der skal tages højde for. Men den biofysiske forskning viser, at den vigtigste parameter snarere er moduleringen af strålingen, dvs. de pulseringer som udgør den information som radiobølgerne fremfører. Det er disse informationssignaler ved meget lav-energi, ikke-termiske strålingsniveauer, som påvirker den menneskelige biologi på utallige måder, fordi de interfererer med kroppens egen elektriske aktivitet og informationsoverførsel. Som de russiske forskere Markov og Grigoriev forklarer, så forårsager EMF derfor bl.a.

"ændringer i opbygning af biologiske strukturer, ændringer i signal-overførsels-kaskader så vel som ændringer i vigtige biomolekyler niveauer. Virkningerne af EMF har en informationsmæssig karakter og på grund heraf tager det en vis tid, før de manifesterer sig og igangsætter yderligere biokemiske og fysiologiske ændringer" (34).

At fysikerne i ICNIRP mener, strålingens helbredsskadelighed kun handler om energiabsorption afspejles af, at SAR den dag i dag stadig ikke udvikles ud fra menneskers biologiske reaktioner på strålingen, men derimod ud fra en hul plastikdukke, dvs. en kunstig model af den menneskelige krop og hoved med en stor amerikansk elitesoldats dimensioner. Selvom "han" kaldes SAM ("Standard Antropomorfic Man"), er "han" ikke et menneske, men en plastikdukke med et

plastikhoved fyldt med en elektrolyt beriget væske, for at justere den elektriske ledningsevne. En sensor i væsken giver de data, hvor ud fra SAR fastsættes, når dette plastikhoved fyldt med vand absorberer stråling i 6 minutter fra en mobiltelefon (35).

Men menneskers væv er ikke vand, og hovedet består af en mængde strukturer og væv, fx det indre øre, hjernestrukturer, neurotransmittere og knoglemarv etc., som har forskellig tæthed og hvis molekyler vibrerer anderledes end vand. Den tyske læge og professor Adlkofer, som bl.a. ledede EUs REFLEX projekt fra 2000-2004, som dokumenterede, at mobiltelefon-stråling forårsager brud på DNA-strengene, påpegede således i et foredrag i 2011 på Harvards juridiske fakultet, at SAR målemetoden forudsætter:

”at menneskehjernen og dødt materiale reagerer ens på radiofrekvent stråling. Den tager ikke hensyn til, at menneskehjernen indeholder milliarder af levende celler, som udfører deres opgaver og kommunikerer med hinanden ved hjælp af elektromagnetiske mekanismer. At disse mekanismer let bliver påvirket af elektromagnetiske felter er dokumenteret mange gange. For en læge er dette i sig selv en god nok grund til ikke at tro på forsikringen om, at SAR yder den nødvendige beskyttelse, når SAR kun tager udgangspunkt i fysiske betragtninger og ikke tager hensyn til biologien” (35).

Et graverende eksempel herpå er, at SAR heller ikke tager hensyn til, at mindre mennesker end voksne mænd med ”SAMs” kampsoldats dimensioner, fx kvinder og ikke mindst børn og fostre, absorberer mere stråling - faktisk absorberer børns hjernevæv dobbelt så megen stråling og deres hoveds knoglemarv 10 gange så megen stråling som hos en voksen. SAR tager heller ikke hensyn til, at der kan opstå ”hot-spots”, dvs. områder af hjernen, som bestråles meget mere end andre områder.

I over 40 år har forskerne vidst, at mikrobølger ikke bevæger sig eller opvarmer væv ensartet. Fx opdagede man, da man begyndte at producere mikrobølgeovne, at mikrobølgestrålingens flow var så uensartet, at ovnen brændte visse dele af maden, hvorimod andre dele forblev rå, fordi der var hot-spots med 10 gange højere eksponering og kolde spots med ingen eksponering. Først da man fandt på at rotere tallerkenen i ovnen, blev maden kogt ensartet. Men, som den amerikanske professor, læge og Nobelpris modtager Devra Davis bemærker, kan vi ikke rotere vores hoveder, når vi taler i mobiltelefon (32).

Det er derfor en absurditet at tage et gennemsnit for absorbering af strålingens energi og så tro, at det kan beskytte mod skader. For det svarer til, som Davis påpeger, at tage gennemsnittet af en flods dybde på fx en meter og så tro, at det kan beskytte os mod at drukne. Det kan det selvfølgelig ikke, for der kan være 5 meter dybe huller i floden, som et gennemsnit på 1 meter ikke beskytter mod at drukne i (32).

SAR er således et ugyldigt og falsk mål, hvilket også fremgår af det meget bemærkelsesværdige, at SAR faktisk er forskellig i USA og Europa, selv om man må gå ud fra, at amerikanernes og europæernes hoveder og kroppe er ens. Den mængde energi, der således er fastsat af IEEE/FCC (Institute of Electrical and Electronics Engineers/Federal Communications Commission) som er USAs pendant til ICNIRP, er 1,6 W/Kg fra en mobiltelefon, som må sendes ind i 1 gram hjernevæv, hvorimod ICNIRP har fastsat 2,0 W/Kg, som må sendes ind i 10 gram hjernevæv. Det betyder, at ICNIRPs fastsatte volumen, der svarer til 3,75cm³ vævsmasse af hjerneceller, som strålingen må sendes ind i, faktisk er 3 gange større end det amerikanske volumen, der svarer til 1,25 cm³ vævsmasse af hjerneceller.

De landes befolkning, herunder den danske befolkning, hvis myndigheder følger ICNIRPs grænseværdier, må altså få deres hjerner eksponeret 3 gange så meget som den amerikanske befolkning. For, som Davis forklarer, jo mindre det volumen er, i hvilket man udregner et gennemsnit, desto mindre ekstrem vil variationen i temperatur være. Det er derfor klart, at hvis man bruger et større volumen, tillader det i alt mere eksponering, end hvis man tager et mindre volumen, og det betyder, at der kan forekomme meget højere eksponering i udvalgte områder i det større volumen (32).

Ikke desto mindre presser ICNIRP voldsomt på, for at få de højere grænseværdier indført overalt på kloden. Det gælder særligt overfor Kina og Rusland, som altid har haft meget lavere grænseværdier, fordi Kina og især Rusland med baggrund i 80 års bio-fysisk EMF forskning, er klar over, at en overvældende mængde videnskabelig evidens påviser en lang række helbredsskader også ved lave, ikke-termiske strålingsniveauer og at ICNIRPs retningslinjer, baseret på øjeblikkelige termiske helbredseffekter derfor ikke beskytter mod helbredsskader.

Også USA's førende EMF/EMR forskere anser det for vanvittigt, at USA og hele verden skulle indføre ICNIRPs SAR værdier. For det betyder, siger forskeren Om Ghandi, at ICNIRP arbejder på, at eksponeringen af verdens befolknings hjerner for radar- og mikrobølgestråling skal øges:

”Hvis vi bruger 10 grams ideen, vil vi dramatisk øge den mængde stråling, som kan sendes ind i meget mindre områder af vores børns hjerner, som er under udvikling. Det er forkert og må stoppes” (32).

Men ud fra SST's svar på spørgsmål 499 skal danske børns hjerner altså fortsat bestråles med ICNIRPs høje ikke-valide SAR niveauer.

Jeg kan kun være helt enig med Om Ghandi og mange andre forskere, læger, politikere og befolkningsgrupper over hele verden, at det må stoppe nu. For de grænseværdier og retningslinjer, ICNIRP fastsætter, har intet at gøre med helbredshensyn. De er derimod en Prokustes seng, hvor befolkningens helbred sættes over styr, for at tilpasse grænseværdierne til industrielle og militære formål.

SAR er således et helt falsk mål, som ikke tager det mindste hensyn til den reelle menneskelige biologi. SAR beskytter ikke mod de ikke-termiske skader, som opstår ved tusinder af gange lavere RF/MW strålingsniveauer fra trådløst udstyr, som vi alle udsættes for 24/7, hvor ingen opvarmning finder sted og hvor skaderne viser sig på længere sigt.

SAR er altså et manipuleret mål, som udelukkende er sat af hensyn til mobil- og elektronikindustrien og det militær-industrielle kompleks. Det ses bl.a. af, at SAR helt bevidst bruges forkert af mobilsekskaberne men også af myndighederne som et mål for, hvor meget en mobiltelefon, Wi-Fi etc. stråler/må stråle for at være ”sikre”, uanset at det er det rene nonsens, i og med SAR ikke er et mål for udstråling af energi fra teknisk udstyr, men et mål for energiabsorption i kroppen. Dette bedrag påpeger de russiske forskere Markov og Grigoriev:

”i over et halvt århundrede har en meget alvorlig gruppe policy-skabere og selv forskere fjollet rundt med termen SAR. SAR udtrykt som watt pr. kilogram (W/Kg) eller som milliwatt pr. gram (mW/g) anses at give et mål for absorberet energi i et givet væv. Absorbering ikke distribution. Termen er særlig gunstig for industrien, da energi absorbering i biologiske kroppe og specifikke organer ikke er ens og afhængig af frekvens. Ikke desto mindre bliver SAR helt op til i dag oftest brugt til at beskrive den energi som afleveres fra EMF- kilden. Man må undre sig såre over, hvordan udstyr kan karakteriseres af SAR. For at gentage: SAR beskriver den mængde energi som bliver absorberet i et gram væv” (34).

Men ifølge Markov og Grigoriev anvender fortalere for Wi-Fi teknologien den forkerte brug af SAR til at forsikre om, at der ikke er nogen fare for menneskers hjerner, da RF EMF ikke bevirker nogen opvarmning. Hermed ignoreres det faktum fuldstændigt, at de fleste biologiske skader er ikke-termiske (34).

ICNIRPs grænseværdier for lavfrekvente elektromagnetiske felter

Trådløst udstyr udsender radiofrekvent/mikrobølgestråling. Derudover udstråler alle elektriske apparater desuden lavfrekvente elektromagnetiske felter ELF EMF, som ICNIRP også sætter grænseværdier for. Det drejer sig om el-nettets 50 Hz (i USA 60 Hz), transformatorer, motorer, lysstofrør/sparepærer, husholdningsmaskiner, kuvøser, højspændingsledninger, men altså også trådløse apparater som laptops, tablets og mobiltelefoner, som også udstråler ELF fra batteriet.

I forhold til ELF er ICNIRPs grænseværdier også baseret på kort-tids og øjeblikkelige høj-niveau eksponeringer som

”stimulation af perifere nerver og muskler, funktionelle forandringer i nervesystemet og andet væv, chok og forbrænding forårsaget af berøring af ledende objekter og adfærdsforandringer som følge af forhøjet vævstemperatur” (2).

ICNIRPs ELF grænseværdier tager altså også kun højde for disse akutte berøringsskader, herunder opvarmning på kort sigt ved høje ELF niveauer. Også for ELF EMF ignorerer ICNIRP således de bio-fysiske effekter, som opstår som følge af langvarige, gentagne, akkumulerede eksponeringer fra de elektromagnetiske felter, som omgiver alt elektrisk apparatur, hvor berøring ikke finder sted og hvor chok, forbrænding, stimulering af nerver og muskler og induktion af strømme ikke forekommer.

ELF EMR består af elektriske felter og magnetfelter. Elektriske felters styrke måles i Volt pr. meter (V/m) og magnetfelters i ampere pr. meter (A/m). Et mere almindeligt mål for magnetfelter er fluxtætheden eller den magnetiske induktion, som måles i Tesla (T) i EU og i Gauss (G) i USA. 1 Gauss svarer til 0,1 milliTesla eller omvendt, 1 Tesla svarer til 10.000 Gauss. Tesla er en meget stor enhed, og derfor bruger man nanoTesla (nT) for milliardende del Tesla, eller mikroTesla (μ T) for millionende del Tesla ($200 \text{ nT} = 0,2 \mu\text{T}$). MilliGauss (mG), nT og μ T måler magnetfelt intensitet fra el-apparater, el-nettet, el-centraler, transformatorer etc. samt fra IF (Intermediate Frequencies) også kaldt ”dirty” electricity, 'støj', overharmoniske svingninger eller højfrekvens transienter.

IF er ubrugelig EMF forårsaget af interferens med elektronik på ledningsnettet, herunder radiofrekvenser. Det er stort set alle vegne, i hjem, på kontorer og i offentlige bygninger.

Dårlig strøm kvalitet/”dirty electricity”/IF opstår som midlertidige høje frekvenser på elektriske ledninger, når man tænder og slukker, fra motorer med variable hastigheder, fra computere, dimmere, sparepærer/lysstofrør, plasma TV og fra den dramatiske øgning af elektronik alle vegne, IF kan reduceres med specielle filtre (kondensatorer). Industrielle og ledningsnet kondensatorer har været anvendt i årevis for at forbedre strøm kvaliteten, så først og fremmest følsomt elektrisk udstyr bliver beskyttet. Mange sygdomme bl.a. kræft og sukkersyge er sat i forbindelse med IF, og man kan også filtrere IF, så mennesker beskyttes mod dets helbredsskadelige konsekvenser (36, 37). Men det sker som oftest ikke, fordi ICNIRP hævder, at der ingen helbredsproblemer eksisterer ved ELF eksponeringer, herunder fra IF under ICNIRPS grænseværdier.

ICNIRPs ELF grænseværdier for den almene befolkning fra 1998 og revideringen i 2010 er fastsat ved $200 \mu\text{T}$ (mikrotesla) - hvilket er 4.000.000 gange højere end den gennemsnitlige eksponering mennesker blev udsat for for 100 år siden. Disse høje grænseværdier yder ingen beskyttelse mod biologiske langtidseffekter, som opstår ved ELF eksponeringsniveauer, hvor der ikke kan forekomme chok og forbrænding (opvarmning) ej heller stimulering af nerver og muskler og induktion af elektriske strømme, og som er tusinder af gange lavere end ICNIRPs grænseværdier.

Det har længe været dokumenteret, at ELF eksponering ligesom RF eksponering, forårsager kræft og neurologiske/neuropsykologiske sygdomme. Det var de amerikanske læger Wertheimer og Leeper som allerede i 1979 dokumenterede, at børn, der bor i nærheden af højspændingsledninger, har stærk statistisk signifikant øget risiko for at få børneleukæmi (38).

Siden har mange undersøgelser dokumenteret, at leukæmi, også hos voksne, samt brystkræft, Alzheimers, Amyotrofisk Lateral Sclerose (ALS), Autisme, EHS, aborter, depression og selvmord er kausalt forbundet med eksponering for ELF. Det er desuden dokumenteret, at børn, der har fået kræft, har meget ringere chance for at blive raske af behandlingen, hvis de samtidig udsættes for ELF fra højspændingsledninger. Evidensen medførte, at WHO IARC i 2001 klassificerede ELF EMF som en 2 B kræft risiko agens og dermed placerede ELF i samme kategori som DDT, bly og dioxin (39).

I 1980'erne dokumenterede den svenske professor Olle Johansson desuden, at de objektive hudskader (*”screen dermatitis”*) tillige med en lang række almene og neurologiske symptomer,

som stadig mere kontorphersonale blev syge af, var forårsaget af de elektromagnetiske felter ELF EMF fra de dengang nye computerskærme med katoderør, som de arbejdede ved. Han benævnte sygdommen Electro Hyper Sensitivity EHS. I Sverige gik fagforeningen Tjänstmännens Central Organisation TCO aktivt ind i arbejdet med at udvikle mere lavtstrålende computerskærme, som dermed ikke var ligeså helbredsskadelige. Det resulterede i udvikling af nye standarder for computerskærme (TCO), som hurtigt blev gældende verden over (40, 41).

Også den amerikanske læge William Rea forskede fra 1970/1980'erne i de skadelige virkninger af ELF. Han dokumenterede også med objektive undersøgelser, at de syges symptomer var el-overfølsomhed/EHS, og at de var kausalt forbundet med eksponering for elektriske felter (EF) og magnetfelter (MF) fra elektrisk udstyr. Også andre forskere har dokumenteret op gennem 1980'erne, 1990'erne og 00'erne, at de el-overfølsomes symptomer er objektivt konstaterbare og kausalt forbundet med eksponering for ELF(3, 4, 42).

Disse undersøgelser samt tusindvis af andre videnskabelige undersøgelser, som dokumenterer, at ELF forårsager en mængde bioeffekter og helbredsskader er gennem mange år blevet skjult for offentligheden, for det er tabu, at *”almindelig el”* er stærkt sundhedsskadeligt, og ligesom RF undersøgelserne er de blevet ignoreret af sundhedsmyndighederne. Det skyldes først og fremmest, som SST også oplyser i svar på spørgsmål 499, at SST følger ICNIRPs grænseværdier og retningslinjer, som i bund og grund bygger på det falske dogme om, at EMF kun skader helbredet, hvis strålingen fra felterne er så høj og intens, at de forårsager opvarmningskader og skader på nerver, muskler og inducerer strøm ved berøring.

ICNIRPs opvarmningsdogme

Den grundlæggende agenda for alle ICNIRPs vejledninger, råd og retningslinjer er således netop promovning, videreførelse og internationalisering af den tilsvarende amerikanske organisation IEEEs (Institute of Electrical and Electronics Engineers) akutte opvarmningsdogme - også kaldt *”det termiske paradigme”* (23, 24). Som nævnt, går det termiske paradigme, som stammer helt tilbage fra 1950'erne, ud på, at sprede den misinformation, at de eneste dokumenterede helbredsskader fra eksponering for RFR og ELF er opvarmning af væv pga. absorption af energi og for ELF tillige stimulering af perifere nerver og muskler, induceret strøm, chok, forbrænding og adfærdsforstyrrelser ved berøring af ledende objekter ved akutte, 6 minutters, høj-niveau eksponeringer samt, at der ved langvarige eksponeringer under disse høje strålingsniveauer ikke optræder helbredseffekter.

ICNIRPs nugældende grænseværdier stammer i store træk fra 1998, dvs. de grænseværdier der anvendes i dag er 16 år gamle. At WHO's Kræftforskningspanel IARC i 2001 opklassificerede ELF som potentielt kræftfremkaldende (leukæmi) og i 2011 ligeledes opklassificerede RFR også som potentielt kræftfremkaldende (hjernekræft) ved langvarige eksponeringer for strålingsniveauer langt under ICNIRPs grænseværdier, har ICNIRP ignoreret og har ikke ændret deres retningslinjer, hverken for ELF eller RF. (27, 39).

I 2005 udtrykte stifter og leder af ICNIRP Mike Rapacholi løggen om *”kun termiske effekter”* vedr. RFR således:

”De kendte eksponeringsfarer er høje niveauer af RF felter som resulterer i opvarmning af væv og udgør grundlaget for de nuværende RF- standarder (ICNIRP 1998). Termiske farer er forbundet med øjeblikkelige eksponeringer og menes at være karakteriseret af eksponeringsgrænser, under hvilke der ikke forekommer nogen helbredseffekter. Der findes ikke nogen bekræftet evidens af, at eksponering for RF felter har nogen lang-tids helbredskonsekvenser” (43).

Disse falske oplysninger og råd fra Repacholi om, at de eneste helbredsproblemer, der skal tages højde for ved fastsættelse af grænseværdier for RF stråling, derfor er kort-tids effekterne af absorption af energi og opvarmning, er forblevet de samme siden Repacholis forslag i 1984, da han var formand for organisationen IRPA som ICNIRP udspringer af. Paolo Veccia, Rapacholis efterfølger, videreførte den samme misinformation. På trods af, at Biolnitiative Rapporten i 2007,

på baggrund af tusinder af videnskabelige undersøgelser, dokumenterede en lang række helbredsskader, herunder kræft som følge af ELF og RF eksponering ved ikke-termiske niveauer udtalte Veccia i 2008 - året efter:

”Der er ingen overbevisende evidens for, at eksponering for RF forkorter menneskers liv eller forårsager kræft” (23). Den nuværende formand Rüdiger Matthes og næstformand Maria Feychting viderefører misinformationen.

I ICNIRPs sidste gennemgang i 2009 af den videnskabelige litteratur på området - 2 år efter publicering af den 1. BioInitiative Rapport i 2007 med evidens fra over 2000 videnskabelige undersøgelser og dokumentation af en lang række biologiske helbredseffekter og skader ved eksponeringsniveauer langt under ICNIRPs grænseværdier, hvor ingen opvarmning kan finde sted, konkluderede ICNIRP, at

”den mest markerede og konsistente effekt af RF eksponering er opvarmning” og ”at muligheden for forskellige ikke-termiske mekanismer som er blevet foreslået er meget ringe” (44).

I 2011 - 2 år efter denne ICNIRP udtalelse - opklassificerede IARC så også RF/MW som potentielt kræftfremkaldende som følge af langvarige lav-niveau eksponeringer, langt under ICNIRPs standarder og retningslinjer. Kræft tager som bekendt længere tid for at udvikles end 6 minutter. Alligevel har ICNIRP, ligesom i forhold til ELF, ikke ændret organisationens risikovurderinger og retningslinjer for RF grænseværdier. De sættes stadig ud fra påstanden om, at der kun eksisterer akutte opvarmningsskader ved høj-dosis strålingsniveauer. IARCs opklassificering af kræfttrisikoen, såvel som de tusindvis bio-fysiske undersøgelser, hvis evidens påviser, at der optræder effekter og svære helbredsskader, herunder kræft, neurologiske skader, DNA-skader, reproduktive skader osv. langt under de termiske grænseværdier, ignorer ICNIRP fuldstændigt og fortsætter ufortrødent sin misinformation om, at der kun findes termiske skader ved akutte høj-niveau eksponeringer.

ICNIRP: el- og teleindustriens forlængede arm

I ICNIRPs regler på hjemmesiden fastslås det, at organisationens medlemmer er uafhængige eksperter, og at medlemmer, såvel som organisationen ikke må modtage finansiering fra industrien. Kigger man lidt nedenunder de pæne ord og erklæringer, bliver det imidlertid krystalklart, at ICNIRP varetager el- og mobilindustriens samt det militærindustrielle kompleks interesser, og derfor er deres forlængede arm.

Det fremgår naturligvis ikke åbent. Tværtimod gøres der i ICNIRPs regler meget ud af, at forsikre om, at medlemmerne er uafhængige og ikke har interessekonflikter.

ICNIRP skulle angiveligt få alle sine midler fra WHO og EU og arbejdet som ekspert i ICNIRP være ulønnet og frivilligt - altså ren filantropi. Fx. hedder det:

”Medlemmer bliver ofte mindet om behovet for at oplyse, hvis de har interesser, som er i modsætning til ICNIRPs status som en uafhængig rådgivende institution...ICNIRP som organisation accepterer ikke midler fra industrien....ICNIRP er uafhængig af industrien, både medlemmer og finansiering” (44).

Disse regler blev fastsat, så man ikke kunne sige, at troværdigheden af ICNIRPs råd og retningslinjer er påvirket af industriens interesser. Desuden har ICNIRPs ubestridte leder gennem mange år Michael Repacholi ved flere lejligheder yderligere understreget, at medlemmer af ICNIRP ikke modtager finansiering fra industrien, og at økonomiske hensyn heller ikke er en del af organisationens rådgivning. (23, 45).

I 1996, mens Mike Repacholi var formand for ICNIRP, blev han også formand for WHO's International EMF Project (IEMFP). Med WHO kasketten på har Repacholi tillige understreget, at WHO ikke tillader industrien at deltage i hverken grænseværdifastsættelse eller helbedsvurderinger. Fx. udtalte han ved en høring i Australiens Senat i 2001:

”WHO tillader ikke industrien at deltage hverken i standardfastsættelse eller helbedsvurderinger. WHO indtager det standpunkt, at der ikke kan være industrirepræsentation i grupper, der fastsætter

grænseværdier. Der kan ikke være nogen i arbejdsgrupperne, som har indflydelse på helbredseffekter, fra en industri, når de får fordele fra den industri”.(23, 46).

Det, Repacholi her henviser til, er, at WHO igennem mange år var blevet infiltreret af tobaksindustrien. WHO indprentede derfor i 2000, at ansatte og konsulenter ikke må acceptere nogen former for gaver eller betaling fra udefra kommende kilder, som er uforenlige med deres pligter i WHO (23, 47). Baggrunden for denne indskærpelse var bl.a. det 15 sider lange dokument, som WHO samtidig udgav, og som oplister de trin WHO må tage i forhold til industrier, så WHO aldrig igen bliver undermineret, sådan som WHO var blevet det af tobaksindustrien. Daværende generaldirektør for WHO Gro Harlem Brundtland havde været meget aktiv i dette arbejde med at rette op på WHO's tidligere fejl (23,48).

Det viser sig imidlertid, hvis man går et spadestik dybere, at Repacholis flittige forsikringer om både ICNIRPs og WHO's uafhængighed af mobil- og el-industrien er det rene maskespil, og at industrien - især gennem WHO's IEMFP har haft meget stor indflydelse på fastsættelsen af grænseværdier og risikovurderingerne. Også USAs forsvarsministerium (DoD) har spillet en stor men skjult rolle for at bevare det termiske paradigme via ICNIRP, da bevarelse af paradigmet har stor betydning for det globale missilforsvars radarsystemer (23).

ICNIRP + WHO + Repacholi

Som det turde være fremgået, er stifter og formand for ICNIRP gennem næsten 20 år, nu formand emeritus, fysikeren Mike Repacholi den helt centrale nøgleperson i ICNIRP og i arbejdet med at vurdere risici fra EMF og grænseværdifastsættelse - fra 1992 hvor han blev formand for ICNIRP og til 2006, hvor han gik af som formand og til i dag, hvor han stadig er æresformand. I 1995, som formand for ICNIRP, foreslog Repacholi, at WHO skulle oprette et Internationalt EMF Project (IEMFP), hvilket WHO straks gjorde i 1996 også med Repacholi som formand. Baggrunden for oprettelse af IEMFP var, som Mona Nilsson påpeger, at der ved årtusindskiftet hos befolkningen i mange lande var opstået en udbredt bekymring over helbredsrisici, hvilket kostede industrien mange penge og flere lande overvejede at sænke grænseværdierne. ICNIRP havde derfor brug for en international paraplyorganisation til at markedsføre ICNIRPs grænseværdier, og som Repacholi udtrykte det i 2008, så havde WHO "et godt ry" og var særlig egnet til dette formål (24). Fra IEMFP's oprettelse havde Repacholi totalt styringen over projektet, indtil han trak sig tilbage i 2006.

WHO's Internationale EMF projekt (IEMFP)

IEMFP består af 3 hovedkomiteer: 1) en international rådgivende komité, 2) en forskningskoordinations komité og 3) en komité til harmonisering af grænseværdier. Dertil kommer et stort antal internationale og nationale agenturer, som har ansvar for ikke-ioniserende emner, bl.a. EU Kommissionen, ILO, IARC, IEEE og ikke mindst ICNIRP, samt et antal samarbejdende organisationer, bl.a. Brooks Air Force (USA), NIEHS (USA), HPA (UK) og McLaughlin Center (Canada). IEMFP skal ikke sætte grænseværdier, der er overladt til ICNIRP. IEMFP's vigtigste opgave er derimod at foretage en tredelt risikoanalyse bestående af 1) risikoanalyse, 2) risikohåndtering og 3) risikodokumentation i form af Web-side, faktablade, seminarier og arbejdsgrupper. En vigtig del af IEMFP's totale risikovurderingsproces er arbejdet i WHO arbejdsgrupper, som hjælper med at skrive WHO's "*Environmental Health Criteria*" (EHC) publikationer. IEMFP påpeger, at disse EHC ikke på nogen måde er anbefalinger af grænseværdier, da fastsættelse heraf udelukkende tilkommer de nationale regeringer. Samtidig pointeres, at EHC gives til ICNIRP, hvorudfra ICNIRP udleder sine retningslinjer og rådgivning.

Der gøres altså tydeligt opmærksom på, at ICNIRP fungerer som bydreng for IEMFP, som hermed alligevel har tiltaget sig magten til at sætte grænseværdier, som ellers er nationalstaters suveræne ret (49).

I ICNIRP kombineres så gennemgangen af den videnskabelige litteratur med de risikovurderinger IEMFP har udarbejdet og det resulterer i publikationer af ICNIRPs eksponeringsvejledninger og grænseværdier. Som Maisch påpeger, må ICNIRPs krav og forsikringer om, at den videnskabelige

rådgivning er uafhængig af indflydelse fra industrien derfor også inkludere de samme krav til WHO's IEMFPs risikovurderingsgrupper. Det var som nævnt også det Repacholi tydeligt erklærede overfor Australiens Senat i 2001:

”der kan ikke sidde nogen i WHO's (IEMFPs) arbejdsgrupper, som har indflydelse på helbredseffekter fra industrien, når de får fordele fra den industri” (46).

Den tætte forbindelse mellem ICNIRP og IEMFPs arbejdsgrupper ses bl.a. af, hvem der var medlem af WHO's arbejdsgruppe i oktober 2005, da den vurderede den videnskabelige litteratur vedrørende ELF EMF til den nye Environmental Health Criteria Publikation. Ud af de 20 medlemmer som IEMFPs arbejdsgruppe fra 17 lande bestod af, var 10, dvs. halvdelen også medlemmer af ICNIRPs hovedkommission eller ICNIRPs stående komiteer, herunder Rapacholi, den senere formand Paolo Veccia og svenskeren Anders Ahlbom. Sundhedsstyrelsens konsulent Christoffer Johansen har også deltaget i en IEMFP arbejdsgruppe. Det er klart, som Mona Nilsson skriver, at der derfor ikke er nogen hemmeligheder mellem ICNIRP og IEMFP (24).

Selvom Repacholi havde gjort alt for at hemmeligholde industriens deltagelse i IEMFP og dermed en ny industri-infiltration af WHO, bl.a. ved at IEMFPs risikovurderings arbejdsgruppemøde d. 5. oktober 2005, hvor ELF litteraturen skulle gennemgås, ikke var annonceret nogen steder, at pressen var forment adgang til mødet, og at de epidemiologiske forskere, der var direkte involveret i den forskning arbejdsgruppen skulle gennemgå, ikke var inviteret hverken som observatører eller til at gennemgå forskningen, så blev det opdaget, at der derimod deltog personer fra elektricitetsindustrien, som skulle hjælpe med at skrive 1. udkast og gennemgå det endelige risikovurderings dokument (23, 50).

Og det var ikke en enlig svale. Mange personer med tilknytning til ikke færre end 8 el-industrier fra USA, Canada, England og Japan deltog i WHO mødet. Dertil kom ICNIRP medlemmet Leeka Kheiferts, i dag medlem af den stående komite, som, trods regler om, at det er imod ICNIRPs policy, i mange år havde arbejdet for elektricitetsfirmaet EPRI, som desuden, mens hun var medlem af ICNIRP, betalte hende 50.000 dollars for et forskningsprojekt, som ikke fandt nogen sammenhæng mellem børneleukæmi og ELF EMF magnetfelter ved strømforsyningsfrekvenser.

4 år før, i 2001 havde IARC, som nævnt, opklassificeret kræftrisikoen fra ELF netop på baggrund af den videnskabelige evidens siden 1979, som dokumenterer, at ELF forårsager børneleukæmi.

Leekas involvering med el-industrien, samt deltagere fra 8 elektricitetsindustrier var således klart i konflikt med WHO's regler og policy, som Brundtlands Rapport fra 2001 præciserede, og som Rapacholi højt og helligt erklærede sig helt enig i overfor det Australske Senat i 2001:

”Der kan ikke sidde nogen i WHO's arbejdsgrupper, som har indflydelse på helbredseffekter fra industrien, når de har fordele fra den industri” (23, 46).

Men Repacholi havde igen været smart. For i 2004, da Brundtland ikke længere var leder af WHO, og året før WHO's IEMFP møde med industrirepræsentanterne, udtalte Rapacholi imidlertid, at reglen ikke længere gjaldt:

”EMF Projektet kan modtage finansiering fra en hvilken som helst kilde gennem Royal Adelaide Hospital, et agentur, der er blevet oprettet gennem WHO's juridiske afdeling og, som indsamler finansiering for projektet”. (23, 51).

Disse brandvægge (firewalls), hvor der tilsyneladende ingen forbindelse er mellem forsker og industrien som donerer penge, er også afsløret som rent mummespil. Fx beskriver forskerne Anders Ahlbom, tidligere indflydelsesrigt medlem af ICNIRP, og Maria Feychting, nuværende viseformand i ICNIRP, hvordan de først kontaktede industrien og aftalte forretningen, før ”brandvæggen” Vinnova blev koblet på (52).

I IEMFPs Progress Report 2005-2006 opgives, at

”Projektet er udelukkende finansieret af udefra kommende midler fra medlemslande og agenturer. WHO bevilliger interne midler via kontorhold og service og har meget strenge regler vedrørende finansiering fra NGO agenturer” (49).

Denne erklæring viste sig dog snart at være usand fra ende til anden, da Repacholis og IEMFPs interessekonflikter kom for en dag. For i november 2006 afslørede Microwave News, at Repacholi som leder af IEMFP i 2006 havde modtaget store summer fra mobilindustrien, herunder 150.000 dollars fra Mobile Manufactures Forum (MMF) = 1 million kr. om året. Tidligere havde også Motorola givet 50.000 dollars om året, men de blev nu formidlet af MMF. Også det tyske mobilselskab FGF havde givet projektet 15.000 dollars om året. Det belgiske tidsskrift Imagine, som afslørede svindlen, anslog, at WHO's IEMF Projekt i hvert fald fik 40% af sit 2005 - 2006 budget fra mobil- og el-industrien (53). Det skulle dog vise sig at være for lidt.

For det blev også afsløret, at Repacholi allerede i 1995, da han oprettede WHO's Internationale EMF Projekt, indgik en aftale med sin gamle arbejdsgiver Royal Adelaide Hospital i Australien på vegne af WHO, om at sygehuset skulle modtage donationer fra telekomindustrien. Pengene blev sat ind på Repacholis IEMFP konto. Lidt under halvdelen af pengene kom fra industrien. Repacholi oplyste, at der var 2 poster i IEMFP budgetterne: medlemslande og ”andre”. I Repacholis sidste år i WHO var posten ”andre” over dobbelt så stor som posten fra medlemslandene (54).

Mike Repacholis højtidelige erklæringer om, at ICNIRP, IEMFP og han selv som formand for begge organisationer var uafhængige af industriinteresser, var altså fra starten en total paradeforestilling. Den skulle skjule, at både Repacholi, ICNIRP og IEMFP hele tiden har været industriens forlængede arm, og at de grænseværdier og retningslinjer ICNIRP fastsætter, er af hensyn til industriens interesser og ikke til folkesundheden. Som leder af IEMFP har Repacholi derfor korruperet og undermineret WHO, som i stedet for at varetage verdens folkesundhed, blev agent for el- og telekomindustrien, akkurat som WHO i årtier blev korruperet og undermineret af tobaksindustrien.

At IEMFP i årevis har været industriens talerør, fremgik faktisk ret åbenlyst af pressemeddelelsen ved oprettelsen i 1996. Det hed her:

“EMF Projektet er startet som et svar på den øgede uro i medlemsstater pga. helbredseffekter fra eksponering for den stadigt øgede mængde elektromagnetiske felter. Konflikten mellem en sådan uro og tekniske fremskridt har forhindret udvikling og har ført til omfattende økonomiske tab...Det er anslået, at bekymringen for EMF og sundheden koster bare den amerikanske økonomi ca. 1 milliard om året” (24).

IEMF Projektet drejede sig altså fra starten, og drejer sig stadig, kun om industriens bundlinje - ikke om at dæmme op for eventuelle helbredsskader for verdens befolkning.

WHO's IEMFP har derfor hele tiden udarbejdet falsk materiale for at ”berolige” verdens befolkninger, så produkterne kan blive ved med at blive solgt og landenes og teleselskabernes økonomi ikke lider skade.

IEMF Projektet, ICNIRP og den korruperte forskning

Foruden industrifinansiering er IEMFP's infiltrering af WHO desuden foregået ved korrumpation og underminering af selve forskningen, så det kan ”dokumenteres” at EMF/EMR ikke er sundhedsskadeligt og nationerne derfor ingen grund har til ”bekymring” og ”uro”. Til det formål, skriver Mona Nilsson, indledte Repacholi straks en omfattende propagandakampagne for at markedsføre ICNIRP's grænseværdier, i hvilken såkaldte ”uafhængige forskere”, dvs. betalte forskere og ”godt udført forskning” (”sound science”) dvs. falsk forskning, var det vigtigste værktøj (24). Både i WHO og ICNIRP var det kun købte forskere, som fik adgang til at vurdere den videnskabelige litteratur om EMF/EMR og sundhedsrisici.

Ifølge Professor Marino, samarbejdede Repacholi i de 10 år, han arbejdede for WHO stort set kun med eksperter som var på lønningslisten hos mobil- og el- industrien:

”Han producerede en række rapporter og evalueringer, som frikendte disse industrier nogen form for ansvar for menneskers sygdomme forårsaget af elektromagnetiske felter, som de producerer og spreder i miljøet. Gennem hele Repacholis karriere ved WHO, blev forskere som var uenige med El-industriens holdninger, såvel som almindelige mennesker, for hvem WHOs EMF- politik havde fået negative helbredskonsekvenser, udelukket fra WHOs EMF bedømmelseskomiteer” (55).

Rusland og Kina har som nævnt gennem mange år har haft meget lavere grænseværdier for EMR, fordi den reelle forskning dokumenterer, at strålingen ved ICNIRPs høje termiske grænseværdier forårsager en lang række biofysiske skader hos mennesker og dyr. Ifølge Maisch (23) og Nilsson (24), var det derfor især vigtigt, at få Rusland og Kina til at forhøje deres grænseværdier til ICNIRPs niveauer, hvorimod andre lande skulle overbevises om ikke at sænke deres og indføre ICNIRPs anbefalinger. Fx påpeger Nilsson, at IEMFP delprojektet, som drejer sig om harmonisering af grænseværdierne, blev indledt samme dag Salzburg i Østrig sænkede sin grænseværdi for RFR til $1 \mu\text{W}/\text{m}^2$, hvilket er 10 millioner gange lavere end ICNIRPs (24).

Det hastede med at forhindre, at andre fulgte efter, hvilket kun Italien og Schweiz gjorde de følgende år. Det er først for nylig, at store lande som Indien og Chile også har sænket grænseværdierne.

WHO havde således under Repacholis ledelse i mange år held til at forhindre, at landene indførte lavere grænseværdier. Det er, som Nilsson påpeger, et meget mærkeligt arbejde for WHO at påtage sig, i og med WHOs opgave er at beskytte folkesundheden (24). Men under Repacholis ledelse og med Brundtland ude af WHO steg den institutionelle korruption i WHO igen til uanede højder, og WHO tog den ejendommelige rolle på sig at overbevise lande med en bedre beskyttelse til at gøre den dårligere og påvirke lande, som overvejede en bedre beskyttelse, til ikke at indføre den. (24).

ICNIRP kartellet

Arbejdet med EMF risici i WHO udviklede sig derfor som en massiv propagandakampagne i form af en lang række informationsudgivelser og utallige konferencer verden over med eksperter af og med det, som Mona Nilsson kalder ICNIRP kartellet. ICNIRP kartellet består af alle de aktører, som er knyttet til ICNIRP, herunder de købte forskere og repræsentanter for el-, mobil, og militærindustrien, alt sammen med det formål at markedsføre ICNIRPs grænseværdier.

Ikke kun el- og mobilindustrien men også militæret er en del af ICNIRP kartellet, fordi militæret har brug for de termiske grænseværdier til deres våbenteknologi. Det klargjorde repræsentanter for NATO, US. Airforce og IEEE på et møde i WHO i 1998, hvor det hed:

”Det er af meget stor betydning for NATO, at de samme grænseværdier findes i alle lande. Derfor har NATO i mange år arbejdet for harmonisering af grænseværdierne” (24).

Det ekspliciteredes tilsyneladende ikke, hvori vigtigheden består. Men flere forskere og journalister påpeger, at *”det særligt drejer sig om US' Airforce missilsystemer og nye baser, de såkaldte ”åkandeblade” (”lilly pads”), som USA har oprettet i hver en afkrog af verden”.*

For at kunne anvende baserne har US brug for de høje RFR grænseværdier i landene omkring dem. (23, 24, 56, 57). Jeg kommer tilbage til USAs militære rolle i ICNIRPs grænseværdier.

Anders Ahlbom

ICNIRPs indflydelse varetages som sagt af et kartel af medlemmer, organisationer, forskere, og konsulenter, som er tilknyttet ICNIRP. Af særligt indflydelsesrige medlemmer udover Repacholi fremhæves svenskeren Anders Ahlbom, som har haft meget stor indflydelse både internationalt og nationalt i Sverige men også i Danmark. Anders Ahlbom er professor i epidemiologi og udover at have været medlem af ICNIRP og IEMFP, har han tillige været formand for en vigtig ekspertevaluering for EU Kommissionen SCNIHR i 2007 *”Possible Effects of Electromagnetic Fields on Human Health”* og har deltaget i en ny SCNIHR ekspertgruppe i 2009. I WHO har Ahlbom desuden været medlem og leder af IARCs epidemiologi ekspertgruppe. I Sverige har han været formand for hver eneste ekspertgruppe vedr. mulige helbredsrisici fra mobiltelefoni og

elektromagnetiske felter fra 2003-2011. Han har desuden været formand for Strålsikkerhedsmyndighedens (SSMs) videnskabelige råd og været ekspert for Socialstyrelsen (Sveriges pendant til Sundhedsstyrelsen)(24).

Også i Danmark har Anders Ahlbom haft stor indflydelse som inviteret svensk ekspert og ICNIRP medlem til det første møde i Sundhedsstyrelsens oprettede *"Forskerpanel vedrørende radiofrekvente elektromagnetiske felter og deres betydning for folkesundheden"* d. 24. august 2004, hvor han deltog. På mødet manuducerede Anders Ahlbom det danske ekspertpanel i det termiske paradigme:

"de eneste etablerede effekter fra radiofrekvente felter er opvarmning af væv og grænseværdierne beskytter herimod", fortalte han mødedeltagerne. Han misinformerede også om, at der *"ikke fandtes overbevisende evidens for effekter under grænseværdierne"* (58).

Uvist af hvilken grund afsluttedes SST's danske ekspertpanel i 2006, hvilket er meget underligt. Især fordi disse oplysninger fra Anders Ahlbom til forskerpanelet om EMF stråling og helbredsrisici beviselig er udelukkende forudindtagede holdninger. Så hvem besluttede at afslutte det danske ekspertpanel?

Også i mange andre sammenhænge har Anders Ahlbom indenfor de seneste år gentaget mantraet: at der ikke findes nogen effekter ved eksponeringer under ICNIRPs grænseværdier og retningslinjer, og at grænseværdierne for RFR beskytter mod de eneste effekter der findes (dvs. opvarmning). Det er imidlertid udtryk for en systematisk ignorering af de tusinder videnskabelige undersøgelser, hvis evidens viser, at der er risici.

Denne ignorering har Anders Ahlbom fortsat ufortrødent. I februar 2011 udtalte han således i et interview offentliggjort af Sveriges Råd for Arbejdsliv og Social Forskning (FORTE):

"sandsynligheden for at mobilstråling forårsager kræftsvulster er lav"...

"årsagen til at denne forskning foretages, er ikke en biologisk begrundet hypotese om helbredsrisici, men.....at der eksisterer en almen bekymring for, hvad der ske, når man udsættes for elektromagnetiske felter"...

"Vi er nu ret sikre på, at der ikke eksisterer nogen sammenhæng (mellem mobiltelefon-brug og hjernekræft), i det mindste efter 10-12 års brug. For længere tid end det, findes der kun begrænsede data"...

"Desuden findes der områder, der endnu ikke er undersøgt fx når det drejer sig om mobiltelefoni blandt børn og unge. Der er dog ingen grund til at tro, at der foreligger risici heller der".

"Jeg er meget tilfreds med, at vi ingen risici finder" (59).

Disse udtalelser, som hver og én er usande, fremkom Anders Ahlbom med i februar 2011 - 3 måneder før IARC skulle mødes i maj 2011 for at beslutte, om hjernekræfttrisikoen fra radiofrekvent stråling skulle opklassificeres. Som nævnt vedtog IARC at det skulle den. Risikoen for hjernekræft blev opklassificeret til en 2 B faktor "muligt kræftfremkaldende" og RF EMR placeret i samme gruppe som DDT, bly og dioxin (27).

Anders Ahlboms udtalelser i februar 2011 var altså usande og grov misinformation.

For den forskning IARC tog stilling til og som var baggrund for opklassifikationen forelå allerede, da Anders Ahlbom kom med sine udtalelser. Disse misinformationer har Anders Ahlbom fremført vidt og bredt i årevis - og altså også i Sundhedsstyrelsens EMF panel (58).

Som medlem af ICNIRP, IEMFP og IARC har Anders Ahlbom i mange år desuden skrevet under på, at han ingen interessekonflikter har. Men umiddelbart før mødet i IARC maj 2011, hvor kræfttrisikoen fra RFR blev opklassificeret, fordi der er videnskabelig evidens for, at RFR udgør en kræftisiko, afslørede den svenske miljøingeniør og journalist Mona Nilsson, at Anders Ahlbom løj. Anders Ahlbom arbejdede for sin brors lobbyvirksomhed i Bruxelles som konsulent for mobilindustrien og Microwave News offentliggjorde svindlen (60).

Det medførte under stor mediebevågenhed, at Anders Ahlbom blev udelukket fra at deltage i IARC's afstemning, og i Sverige blev Anders Ahlbom afsat fra sine poster i SSM og i Socialstyrelsen (60, 61).

Med udgangspunkt i videnskabelig evidens for, at mobiltelefoner og trådløse (DECT) telefoner udgør en risiko for hjernekræft hos voksne og unge, opklassificerede IARC d. 31. maj 2011 kræfttrisikoen fra RFR til en 2B kræfttrisikofaktor, ligesom IARC klassificerede ELF EMF i 2001. Den evidens IARC lagde til grund, var bl.a. det store Internationale Interphone studie som viser, at der efter 10 års moderat brug af mobiltelefon (mere end 160 timer eller 30 minutter om dagen i 10 år) er en statistisk signifikant øgning i de forskellige delundersøgelser fra 40 % til 95 % for sammensidige gliomer (en aggressiv hjernekræft form). IARC lagde desuden Hardell Gruppens undersøgelser til grund. De viser en kumulativ øgning af gliomer i løbet af livet på 130 % for trådløst (DECT) telefon brug, 270 % for mobiltelefon brug og 490 % for brug af analoge mobiltelefoner. Evidensen viser desuden øgning for akustikusneurinomer (svulster på hørenerven) for disse 3 typer trådløse telefoner på hhv. 50 %, 50 %, og 190 %. Desuden viser evidensen, at børn og unge som begyndte at anvende mobiltelefon før 20 års alderen, har efter 10 års anvendelse en 5 gange øget risiko for at få hjernekræft. Alle øgninger af kræftincidensen var statistisk signifikante (62, 63, 64).

Christoffer Johansen

Til ICNIRP kartellet hører også Sundhedsstyrelsens konsulent professor Christoffer Johansen, som har deltaget i WHO's IEMFP arbejdsgruppe. I sin ansættelse ved Kræftens Bekæmpelse har han desuden modtaget store beløb fra el- og mobilindustrien herunder fra Energinet.dk, Sonofon og Tele Danmark Mobil til sin forskning i sammenhængen mellem ELF og helbredsrisici og mellem mobiltelefon og hjernekræft (65). Mobilforskningen blev slået stort op i pressen som "*verdens største mobilstudie*", for den viste tilsyneladende, at der ikke er nogen forbindelse mellem mobiltelefoni og kræft i hjernen (66).

Imidlertid er studiet blevet kritiseret sønder og sammen af en lang række internationale eksperter, fordi hele undersøgelsesdesignet er fejlbehæftet, med henblik på at skabe et negativt forskningsresultat (67, 68, 69, 70, 71, 72).

Heller ikke IARC kunne bruge studiet til noget ved mødet i 2011, bl.a. fordi undersøgelsen kun har oplysninger om, hvem der havde et mobilabonnement men ingen oplysninger om, hvem der havde været udsat for stråling fra mobiltelefoni.

Som IARC anfører kunne det, "*have resulteret i en betragtelig misklassifikation i vurderingen af eksponering*" (27).

Der er mange flere metodefejl i undersøgelsen, som jeg vender tilbage til i kapitel 3.

Christoffer Johansen er således en af de købte forskere, som via et ikke-validt forskningsdesign, er gået mobilindustriens ærinde. Efter studiets publikation klagede den danske psykolog Bente-Ingrid Bruun i 2007 over undersøgelsens uvidenskabelighed til Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed (UVVU), under Videnskabsministeriet. Men UVVU afviste på formandsniveau at behandle klagen (73).

WHO's lobby- og kommunikationsstrategi

Udover industrifinansiering af IEMFP og engagering af købte forskere omfatter WHO's propaganda under Repacholis ledelse også en kommunikations- og spinstrategi, dvs. lobby-virksomhed. IEMFP producerede således også noget såkaldt "*informationsmateriale*" hvis formål var at berolige den protesterende og bekymrede offentlighed. Der blev bl.a. udgivet en håndbog om effektiv risikokommunikation til de nationale sundhedsmyndigheder over hele verden. Titlen på håndbogen er: "*Hvordan man skaber en dialog om risici fra elektromagnetiske felter*" og hensigten med håndbogen opgives som at "*lette tilladelse af nye anlæg i rette tid*" (74). Som Mona Nilsson bemærker, er det "*endnu et mærkeligt budskab fra Verdenssundhedsorganisationen*" (24). I bogen

får læseren af vide, at ”*Offentlighedens bekymring i forhold til de nye teknikker ofte hidrører fra en følelse af fare fra kræfter som de ikke kan mærke*” (74).

Til udarbejdelse af denne misinformations håndbog havde Repacholi fået hjælp bl.a. fra Leeka Kheiferts, ansat i USAs el-industris forskningsinstitut EPRI, Jack Sahl fra det amerikanske elfirma Southern California Edison og Ray Kemp fra det engelske konsulentfirma Galson Sciences, som blandt sine kunder tæller lobby organisationen Mobile Operators Association. Blandt de som takkes for at have hjulpet med at gennemgå teksten er William H. Bailey, Exponent Health Group, som er et konsulentfirma for mobil- og elindustrien og det største firma indenfor produktansvar, Michael Donal fra den engelske elindustri samarbejdsorganisation og Gordon Hester fra EPRI (24, 74).

Mona Nilsson påpeger, at håndbogen handler om, hvordan man takler en besværlig befolkning som stiller spørgsmål ved nye mobil- og højspændingsmaster. Indledningsvist står der med småt, at WHO ikke tager ansvar for, at informationerne i håndbogen er korrekte og ikke kan holdes ansvarlig, hvis nogen skulle blive skadet, som følge af dets brug:

”Brochuren indeholder en gruppe eksperters opfattelse som ikke nødvendigvis afspejler WHO's opfattelse eller policy” (74).

Det er bemærkelsesværdigt, at WHO udgiver en brochure, som ikke afspejler WHO's opfattelse eller policy. Men WHO har tidligere lagt navn til en mødeerklæring, som ikke er udtryk for WHO's opfattelse eller policy. Således var WHO en af sponsorerne til et møde, der blev holdt i WHO's navn i 1996 som var domineret af repræsentanter for kemikalieindustrien/medicinalindustrien (Monsanto, Beyer, Coca Cola), hvis hovedsponsor var organisationen International Programme on Chemical Safety (IPCS). Her aftalte industrien at diagnosticere miljøsygdommen MCS (Multiple Chemical Sensitivity) som IEI (Idiopathic Environmental Intolerance), hvorved kemikalierne som årsagsfaktor forsvandt ud af billedet. Selvom WHO udgav en ansvarsfraskrivelse om, at det ikke var WHO's opfattelse og policy, men stod for deltagerens egen regning, fik mødet den konsekvens, at MCS og EHS de næste 16 år og helt op til i dag ikke er blevet anerkendt som en kemikalie- og EMF/EMR udløst sygdom (75, 76, 77, 78). Det vender jeg tilbage til i kapitel 4.

I forhold til EMF/EMR har IEMFP, dvs. Repacholi og el- og mobilindustrien i dag ligeså stor magt i WHO som medicinalindustrien, kemikalieindustrien og tobaksindustrien har/havde.

I brochuren behandles følgende problemstillinger:

”Hvornår skal der indledes en dialog om spørgsmålet?” *”Er der tilstrækkelig tid til planlægning?”* *”Kan det hurtigt undersøges hvem og hvad der påvirker folks opfattelse?”*, *”Hvornår kan interessegrupper involveres i processen?”*.

Som Mona Nilsson skriver, er der ingen tvivl om, at det er industriens interesser som skal varetages, når disse spørgsmål stilles. Det hedder i brochuren:

”Der eksisterer ofte en kraftig bekymring i forhold til placering af mobil- og el-master, som kan føre til kraftig modstand mod placeringen af dem. Når modstanden bliver bygget op i et område skyldes det oftest, at kommunikationsprocessen ikke blev sat i gang tidligt nok, så man kunne opbygge folks tillid og forståelse. Det er vigtigt at forudse kommunikationsbehovet, hvad der skal meddeles og hvornår det skal meddeles... at opbygge en relation med interessenter kan være ligeså vigtigt som det der kommunikerer...” (74).

De vigtigste bestanddele i en effektiv propagandastrategi - en såkaldt risikokommunikation beskrives i brochuren som bl.a.:

- brug af eksperter som troværdige afsendere
- ekspertudredninger som kan opfattes som uafhængige

Som det ses heraf, har myndighederne i landene, herunder Sundhedsstyrelsen, altså fået mange gode metakommunikative råd fra Repacholi og industrien under dække af WHO om, hvordan de kan skjule helbredsrisici. De institutionelt korrupperende og antidemokratiske råd handler om, hvordan

myndighederne kan hindre den offentlige debat om EMF/EMR og helbredsrisici ved at undlade at gå ind på og tage folks bekymringer vedr. mobil- og højspændingsmaster alvorligt og ved at undlade at oplyse sandfærdigt, om den helbredsrisiko masterne udsætter befolkningen for. Istedet rådes myndighederne til at udbrede manipulerende og usand information, så befolkningerne får tillid til de eksperter som udtaler sig med beroligende men usande forsikringer om no-risk og uafhængighed af industrien, så befolkningens bekymring om helbredsrisici gøres tavs. At SST og SIS har læst grundigt på Repacholis og industriens lektie ses tydeligt af de to notater SST og SIS har udfærdiget i hhv. 2007 og 2013 (79, 80) samt af utallige andre affærdigende svar til bekymrede borgere i årenes løb samt ikke mindst af SST's svar d. 21. maj 2013 på Folketingets Sundheds og Forebyggelsesudvalgs spørgsmål d. 22. marts 2013.

WHOs tidligere Generaldirektør Gro Harlem Brundtland

En helt særlig person, som kom i modsætning til EMF-industriens interesser varetaget af den mægtige Repacholi, fordi hun personligt var blevet belastet af WHOs EMF politik, var selve chefen, Generaldirektør for WHO fra 1998 - 2003, tidligere statsminister i Norge, lægen Gro Harlem Brundtland. I 2002 fortalte Brundtland til journalister, at hun var blevet eloverfølsom og ikke kunne tåle mobiltelefoner og det kom frem, at der var blevet mobiltelefon forbud i Brundtlands kontorer i WHO. Brundtland - WHOs generaldirektør - havde altså ikke lært Repacholis og industriens manipulerende kommunikationsstrategi-lektie og da det kom Repacholi for øre, startede han en kampagne mod Brundtland.

Sygdommen eloverfølsomhed (Electro Hyper Sensitivity) er en af de alvorlige helbredsrisici, som eksponering for ELF og RF udsætter befolkningen for. Der findes meget videnskabelig litteratur om eloverfølsomhed, hvis evidens viser, at det er en fysisk sygdom forårsaget af eksponering for EMF/EMR, men ICNIRP, IEMFP, Repacholi og industrien har gjort meget for at misinformere om, at sygdommen ikke eksisterer. Den eneste litteratur om EHS, som ICNIRP og IEMFP anerkender, er noget psykologisk forskning foretaget bl.a. af en lille gruppe industribetalte psykiatere og psykologer ved Kings College i England, som via stærkt fejlbehæftet forskningsdesign i nogle subjektive tests har 'dokumenteret', at EHS må være psykisk betinget. Det kommer jeg tilbage til i kapitel 4.

Da Brundtland meddelte hun var blevet el-overfølsom, svarede Repacholi derfor med at foreslå hende, at han kunne få hende testet, hvilket Brundtland naturligvis afslog (54).

Til journalister beskrev Repacholi Brundtlands afslag på hans tilbud om testning:

"du kan ikke fortælle hende noget. Hun er en vældig stærk kvinde. Hun kan ikke lide at blive i fortalt, at det måske er noget psykisk" (54).

Da Brundtland ikke hoppede på Repacholis "tilbud" om testning, var Repacholis næste træk, at der skulle udsendes en pressemeddelelse til verden om, hvad forskningen siger om eloverfølsomhed. Det førte tilsyneladende til uenighed mellem Repacholi og Brundtland om, hvad der skulle stå i den pressemeddelelse. I den forbindelse udtalte Repacholi:

"Hvis videnskaben er uenig med Generaldirektøren, så er løbet kørt. Vi kunne ikke gøre noget" (54).

I dag er Gro Harlem Brundtland stadig eloverfølsom og kan ikke bruge mobiltelefon, men hun har aldrig villet kommentere direkte, hvad der rent faktisk skete i WHO (82). Men 5 måneder efter hun fortalte til pressen, at hun var eloverfølsom, var hun ikke længere chef for WHO. Ved et foredrag i Canada i 2012 udtalte Brundtland imidlertid, at efter hun var blevet eloverfølsom tilbage i 2002 da hun var chef for WHO,

"blev jeg voldsomt kritiseret for at gøre folk bange for at bruge mobiltelefon, fordi jeg fortalte sandheden om min sygdom" (83).

Men Brundtland specificerede ikke, hvem der kritiserede hende eller hvorfor hun forlod WHO og har siden heller ikke villet udtale sig herom (83).

Det vil derimod George Carlo, tidligere ansat i mobilindustrien og forsker i et af verdens største forskningsprojekter om mobiltelefoni og helbred. På spørgsmål fra professor, Nobelpristager Devra Davis, beskrevet i hendes bog "Disconnect", om Brundtland gik frivilligt, udtaler Carlo:

"Fandeme nej. Brundtland gik ikke frivilligt. Det blev orkestreret af en af hendes underordnede, Mike Repacholi. Det der skete var, at styret i WHO spurgte Repacholi, om der kunne være noget virkeligt i Brundtlands bekymringer. Repacholi fortalte dem, at Brundtland måtte være blevet sindssyg". (32).

I artiklen "De Latterlige" fra 2012, beskriver den norske prisvindende Journalist Thomas Ergo, Repacholis reaktion, da han konfronterer ham med Carlos oplysninger. Repacholi nægter:

"Det er noget vrøvl, fuldkommen nonsens. Jeg ville aldrig være i stand til at redegøre for ledelsen i WHO. Eller få en Generaldirektør fyret" (54).

Men Carlo insisterer overfor Thomas Ergo, at han siger sandheden om, at Brundtland blev fyret fra WHO, fordi hun var blevet eloverfølsom og talte højt om det, men at han må beskytte sin kilde:

"Brundtland beklagede sig over, at hun var blevet presset ud. Før hun vidste, hvad det skete, var det slut. Hun beklagede sig også over, at folk under hende havde forrådt hende. Og at det havde at gøre med hendes stærke udsagn om, at mobiltelefoner udgør en helbredsrisiko" (54).

ICNIRP: US Militærs forlængede arm

Repacholi oprettede altså ICNIRP med sig selv som formand i 1992 som afløser for organisationen INIRC (International Non-Ionizing Radiation Committee) oprettet i 1981, hvor Repacholi også var formand. INIRC udsprang som en arbejdsgruppe under organisationen IRPA (international Radiation Protection Association), der blev etableret i 1964, Den bestod af 15 fysikere, hvoraf Repacholi var en af dem. IRPA blev etableret af den amerikanske HPS komite (American Health Physics Society) som oprettedes i 1950'erne, samtidig med USA's første militære forskningsprogram vedr. RF stråling 'Tri-Service-Programmet' blev sat i værk (23).

Allerede i 1950 - 5 år efter afslutningen af 2. verdenskrig, hvor radar blev udviklet - begyndte evidensen at dukke op for, at der kunne være negative helbredskonsekvenser for dem, der arbejdede med de nye systemer. Teknikere begyndte at blive syge. De fik stær og inflammation af øjets nethinde og bedriftslæger advarede om helbredsskader.

Men i 1951 fastsatte US militær den termiske grænseværdi for RF ved 10 mW/cm^2 som foreslået af den tyskfødte forsker Schwann - en ingeniør, som havde været professor ved Kaiser Wilhelms Biofysiske Institut i Tyskland under det meste af Nazitiden, men som kom til USA i 1947 og hurtigt fik ansættelse hos DoD (23, 89). Imidlertid fandt tidlig forskning ved Hughes Aircraft adskillige tilfælde af indre blødninger, stær og leukæmi hos arbejdere, og rapporterede, at termiske skader nok ikke kan være den eneste mekanisme, som forårsager bio-effekter.

En US Navy konference i 1953 oplistede potentielle helbredsproblemer i RF grænseværdi fastsættelsen, men blev ignoreret.

I 1957 blev Tri-Service-Programmet sat i værk, for at lukke debatten om helbredsskader under den termiske grænseværdi 10 mW/cm^2 og resultater, der viste noget andet, blev ignoreret.

Tri-Service var derfor designet til kun at finde termiske effekter, hvorfor der følgelig kun blev forsket i dem. Det indebar, at forskningen kun blev udført på dyr, som blev udsat for kendte høje termiske RF niveauer fra 10 mW/cm^2 - 100 mW/cm^2 , hvor dyrene grundlæggende blev brændt levende, hvilket man jo ikke så godt kunne udsætte mennesker for trods alt. På den måde fastslog US militær, hvilke termiske skader høje RF niveauer forårsager og grænseværdierne blev fastsat ved RF-niveauer, hvor dyrene var ved at brænde op og derfor fik en adfærd, hvor "de holder op

med at spise". US militær ville fastslå, at der kun eksisterer termiske effekter dvs. opvarmning af væv og var ikke interesseret i eventuelle ikke-termiske virkninger af RF bestråling.

På det tidspunkt rasede den kolde krig, og amerikanerne mente, at forskningsmæssig evidens for ikke-termiske effekter, var en trussel mod den nationale sikkerhed (84).

En af militærets vigtigste aktører på det tidspunkt var dyrlægen Sol Michaelsson, der senere indrømmede, at hvis US havde vedtaget strengere grænseværdier som dem Sovjet allerede havde på det tidspunkt og stadig har

"ville den skade det havde påført industrien og militæret opvejes af de helbredsmæssige fordele for befolkningen" (23).

Da Tri-Service forskningen imidlertid helt uventet viste, at nogen af de skader dyrene fik ved bestråling med akutte høje RF-niveauer også forekom, når dyrene blev udsat for langvarige eksponeringer ved lavere ikke-termiske RF-niveauer, blev disse resultater ignoreret. Også de andre symptomer, som ikke var resultat af termiske skader, som militærpersonalet eksponeret for RF stråling fik, blev ignoreret. Det amerikanske militær havde brug for de høje RF niveauer til deres våbensystemer og ignorerede altså helt tilbage i 1950'erne de allerede dengang kendte ikke-termiske effekter. I 1960 konkluderede Tri-Service Programmet følgelig, at de eneste effekter/skader RF stråling forårsager, er termiske skader, som forekommer ved akutte, høj-niveau eksponeringer og at eventuelle bio-effekter er kortvarige og irreversible. Samtidig i 1960 konkluderede de 3 værn i US militær (Airforce, Navy, Army), såvel som deres industrielle underleverandører, at 10 m W/cm² var et helbredssikkert niveau (23).

På baggrund af Tri-Service-Programmet udviklede amerikanerne deres egen organisation til grænseværdifastsættelse IEEE (Institute of Electrical and Electronics Engineers), som den dag i dag er domineret af det amerikanske militær og forsvarsministeriet (Department of Defence DoD). USA ønskede imidlertid, at der også blev etableret en international organisation som kunne adressere både ioniserende og ikke-ioniserende EMF.

Der går således en lige linje fra DoD til Tri-Service-Programmet til HPS komiteen, til IRPA til INIRC til ICNIRP til WHO, hvor US' militærindustrielle kompleks og senere også telekomindustrien med Mike Repacholi ved roret, lige fra begyndelsen har kontrolleret debatten om grænseværdifastsættelsen ved at iværksætte falske risicivurderinger og videnskabsevalueringsprocesser (23). På trods af de mange tusinde forskningsrapporter fra både vestlige og russiske EMF forskere, som gennem de sidste 70 år har dokumenteret, at de ikke-termiske skader hos mennesker og dyr ved langvarige og akkumulerede bestrålinger ved mange gange lavere strålingsniveauer er særdeles alvorlige og mangfoldige, forfægter ICNIRP stadig den dag i dag de løgnagtige termiske *"sikkerheds"* grænseværdier.

Da Repacholi blev formand for det nye ICNIRP i 1992 overtog han sit eget IRPA forslag fra 1984 om, at de eneste helbredsproblemer, man skulle tage højde for ved fastsættelse af grænseværdier, var akutte, 6 minutters - dvs. ultrakorte opvarmningseffekter, på trods af, at Repacholi og alle andre deltagere i ICNIRP ved, at disse grænseværdier ikke på nogen måde beskytter mod de 24-timers non-stop lav-niveau bestrålinger alle befolkningsgrupper i dag udsættes for.

Sovjetunionens forskning

Hvor det amerikanske militær altså ignorerede mikrobølgebestrålingens ikke-termiske effekter, gik russerne en anden vej. I Sovjet havde man forsket i de biologiske effekter af EMF/EMR i meget længere tid - helt siden 1930'erne - og russerne var langt forud for amerikanerne i viden herom. I samme år 1960, da US' militære Tri-Service-Program konkluderede, at RF EMF kun forårsager akutte, termiske skader ved høj-niveau eksponeringer, publicerede det Sovjetiske Academy of Medical Sciences en anden rapport: *"Biological Action of Ultrahigh Frequencies (UHF = 300 MHz - 3000 GHz)"*, som dokumenterede adskillige skadeseffekter ved eksponering af både dyr og mennesker over 300 MHz – dvs. frekvenser hvor dagens telekommunikation opererer. Ligesom amerikanerne fandt russerne termiske effekter ved høje RF niveauer (over 10 mW/cm²), men i

modsatning til Tri-Service-Programmets udelukkende høj-niveau eksponeringer af dyr (over 10 mW/cm²), var de sovjetiske forskere først og fremmest interesserede i de biologiske effekter på mennesker, som de havde dokumenteret opstod ved eksponeringer langt under de termiske grænser. En væsentlig del af deres arbejde dokumenterede de faktiske helbredsskader, som opstod hos arbejdere som arbejdede med UHF, dvs. de helbredsskader, som amerikanerne ignorerede.

De symptomer, som gentagne gange er rapporteret i den russiske videnskabelige litteratur som følge af menneskers eksponeringer for ikke-termiske RF eksponeringsniveauer inkluderer: hovedpine, svimmelhed, træthed, meget langsom genoprettelse af energien, muskelsvaghed, reduceret intellektuel aktivitet, fraværenhed, nedsat sexdrift, søvnløshed, hjertebanken, hurtig eller lav hjerteaktion, hårtab, overaktiv skjoldbruskkirtel, forandringer i menstruationscyklus, åndedrætsbesvær mm. (23).

Den sovjetiske rapport konkluderede, at

”sygdom efter påvirkning af UHF er karakteriseret ved først og fremmest funktionelle forstyrrelser af nervesystemet og det kardikulære system som kommer til udtryk i udviklingen af et astenisk symptomkompleks (asteni: sygelig træthed og afkræftelse af hele kroppen), symptomer på vaskulær hypotention (for lavt blodtryk), bradykardi (langsom hjerterytme), og dystrophi af myocardiet (forstyrrelse af hjertets funktion) og forandringer i øjets linse (cataract) i tilfælde af intens påvirkning” (85, 86).

Det var disse faktiske bio-effekter, herunder altså *”asteni-syndromet”* - senere kaldt mikrobølgesyndromet, i dag kaldt Electro Hyper Sensitivity EHS, på dansk eloverfølsomhed, som de sovjetiske arbejdere blev syge af pga. eksponering for RF/MW langt under de termiske niveauer, og som spillede en signifikant rolle i, at de russiske grænseværdier for eksponering i arbejdslivet blev sat til 0,01 mW/cm² - dvs. 1000 gange lavere end den amerikanske grænseværdi på 10 mW/cm². For den russiske almene befolkning blev grænseværdien sat endnu lavere til 0.001 mW/cm² - dvs. 100.000 gange lavere end for den amerikanske og europæiske almene befolkning (23).

US militærs egen dokumentation af ikke-termiske effekter

Selvom de falske termiske *”sikkerheds”* grænseværdier var blevet fastsat af det amerikanske militær helt tilbage i 1950'erne, så fortsatte US militær naturligvis forskningen i ikke-termiske effekter, som amerikanerne udmærket vidste, er en realitet.

Op gennem 1960'erne og 1970'erne iværksatte US militær derfor yderligere forskningsprojekter og oversatte også den allerede dengang omfattende russiske EMF/EMR forskning til engelsk.

Både amerikanernes egen og russernes forskning dokumenterede ikke-termiske effekter og helbredsskader i rigt mål. På trods heraf ignorerede amerikanerne og IRPA (og senere INIRC og ICNIRP) også denne forskning.

I 1971 samlede Zorach R. Glaser, ansat af USAs flåde ved Naval Medical Research Institute sin første mikrobølge/RF bioeffekt bibliografi med mere end 2500 videnskabelige referencer om RF bioeffekter. Den omfattende liste bestod af RF bioeffekt forskning fra 1920'erne og frem til 1971 fra både vest og øst. Den viser, at mange af de helbredsskader den medicinske forskning allerede dengang dokumenterede, var langtidseffekter forårsaget af strålingsniveauer langt under ICNIRPs (og IEEE/FCCs) nuværende grænseværdier.

De helbredsskader og sygdomssymptomer som fremgår af forskningen, er de samme som forskningen i dag dokumenterer er symptomer på EHS (eloverfølsomhed). Det drejer sig om:

”hovedpine, søvnløshed, forandringer af EEG, forandret hjerterytme, sygdomsfølelse, utilpashed, depression, impotens, uro, koncentrationsproblemer, svimmelhed, irritabilitet, øget appetit, hukommelsesforstyrrelser, trykken over brystet, rysten, forhøjede glukoseniveauer i blodet, for højt blodtryk, blodpropper, ændret enzym-aktivitet, fordøjelsesproblemer, påvirkning af hormonproducerende kirtler, forstyrrelse af skjoldbruskkirtlen, hårtab, kromosomforandringer,

kræft og Downs syndrom”.

Rapporten henviser også til forskning, som har påvist orienteringsforstyrrelser hos fugle og fisk (24).

I 1979 - 8 år efter - udgav Glazer og medarbejdere endnu en bibliografi, nu med over 4.600 forskningsresultater om biofysiske RF effekter og helbredsskader. I 2010 overdrog Glaser sit arkiv til den kendte EMR forsker, professor Magda Haves, Trent Universitet i Canada (87).

Mange af forskningsprojekterne helt tilbage til 1930'erne dokumenterer desuden, at RF stråling var et arbejdsmiljø problem blandt radarpersonale i militæret og blandt radioteknikere og -operatører, som arbejdede med stærke kortbølgesendere. "*Radiobølgesyge*", "*mikrobølgesyge*" eller "*radiooperatørsyge*" kaldte man sygdommen dengang. I Sverige blev der slået alarm om, at personalet på sygehusene havde helbredsproblemer i de første år efter der blev indført kortbølgebehandling på sygehusene. Da man udfærdigede vejledninger om at holde en vis afstand til apparaterne, ophørte klagerne (41).

Den svenske EMF forsker Kjeld Hansson Mild, i dag forsker i Hardell Gruppen, hvis forskning i hjernekræft som følge af RFR eksponering fra trådløs telefoni lå til grund for IARC's opklassificering i 2011 som en 2B kræfttrisiko agens, skrev i 1979 en rapport om biologiske effekter, som følge af eksponering for RF EMF. Af den fremgår, at særlig radiotelegraf- og servicepersonale ved store kortbølgesendere klagede over symptomer, som kunne forbindes med forstyrrelser i centralnervesystemet (41).

Der findes faktisk også dansk forskning ganske vist noget senere fra 1997, som påviser, at radarpersonel får biologiske skader på deres reproduktion (88). Men denne danske forskning er også blevet ignoreret af Sundhedsstyrelsen.

Af Zorach Glazers forskning fremgår det, at russiske forskere systematisk har studeret elektromagnetiske bioeffekter siden 1933. Dvs. at i de sidste 80 år har videnskaben dokumenteret et væld af bioeffekter og helbredsskader som følge af både ELF EMF og RF EMF ved ikke-termiske felt niveauer.

Pioneren i den russiske forskning Zinaida V. Gordon, ansat ved USSR Academy of Medical Sciences Institute of Labour Hygiene and Occupational Diseases dokumenterede i 1966, at 1000 arbejdere, som gennem 10 år havde været eksponeret for mikrobølger var syge og led af mikrobølgesyge symptomerne: træthed, søvnløshed, hovedpine, hjerte-kar problemer, påvirkning af centralnervesystemet, depression, hyperaktivitet og aggressivitet, alvorlige psykiske forstyrrelser (neuroser) og forstyrrelser af det autonome nervesystem (som regulerer mange kropslige funktioner). Symptomerne såvel som folks overfølsomhed overfor strålingen øgedes jo længere tid de blev eksponeret for strålingen (89).

Andre østeuropæiske forskere, bl.a. direktør for Czekoslovakiets Institute for Occupational and Industrial Diseases Karel Mahá fandt i 1979 også belæg for, at eksponering for mikrobølger forårsager fosterskader, kromosomforandringer, skjoldbruskkirtel sygdomme, hårtab, fordøjelsesproblemer, tinnitus, øgede infektioner, nattesved, smerter i hjerteområdet og hjertebanken (24).

Som Mona Nilsson skriver, er det fra denne østeuropæiske forskning begreberne "*mikrobølgesyndromet*" og "*radiobølgesyge*" stammer, som i dag kaldes EHS. Symptomerne indbefatter træthed, nedstemthed, søvnløshed, depression, angst, irritation, koncentrationsvanskeligheder, svimmelhed, hovedpine, eksem, tumorer, hjerte-kar sygdomme, reproduktionsskader, og forandringer i de bloddannende organer. Sovjetiske forskere har i mange år anset effekterne for at være videnskabeligt dokumenteret. Mikrobølgesyndromet kan bremses, hvis man i tide tager forholdsregler. Hvis bestråling derimod fortsætter, accelererer sygdommen, som på langt sigt er dødelig, hvis ikke eksponeringen ophører (24).

Ambassadeskandalen

Under den kolde krig i 1950'erne og 1960'erne opdagede både CIA og efterretningsvæsnet i England da også, at mikrobølger kan bruges som et usynligt våben. For i november 1962 opdagede amerikanerne, at Sovjetunionen helt fokuseret i årevis havde bestrålet den amerikanske ambassade i Moskva med mikrobølger. Eksponeringsniveauerne rakte fra 0.005 mW/cm^2 - $0,018 \text{ mW/cm}^2$ og var altså omkring 500 gange lavere end amerikanernes fastsatte "*sikkerheds*" grænseværdier for arbejdspladser, men 2 gange så høje som den højeste tilladte grænse i Sovjetunionen (23, 24).

Mange amerikanske diplomater ved USA ambassaden i Moskva var gennem 1960'erne og 1970'erne blevet alvorligt syge, både af kræft og af en mystisk invaliderende sygdom, som amerikanerne kaldte "*diplomat's disease*". Den bevirkede træthed, søvnløshed, nedstemthed, depression, angst, irritation, koncentrationsvanskeligheder, svimmelhed, hovedpine, eksem, hjerte-kar sygdomme, reproduktionsskader og forandringer i de bloddannende organer.

De amerikanske diplomater var altså blevet syge af mikrobølgesyndromet/EHS/loverfølsomhed. Unormalt mange ansatte fik desuden kræft, deriblandt flere ambassadører (23, 24, 89).

På det tidspunkt sad den nu pensionerede tidligere militære efterretningsforsker i UK Barrie Trower centralt placeret og interviewede tilfangetagne russiske spioner for at opsamle informationer om de specielle mikrobølgefrequenser russerne brugte og overfor hvilke ofre. Han samlede en dossier med en komplet liste over hvilke pulserende mikrobølgefrequenser, der forårsager hvilke fysiske og psykologiske skader på mennesker. Som efterretningsofficer var han særligt beskæftiget med virkningen af denne stråling på helbredet og hjernens funktion (90). I dag er Trower gået internationalt ud som whistleblower.

Som nævnt var Sovjetunionen førende i udforskningen af EMR og helbredseffekter og havde tidligt sat meget lave grænseværdier for strålingen, fordi deres forskning havde påvist ikke-termiske helbredseffekter ved meget lave strålingsniveauer. I USA derimod ignorerede militæret de ikke-termiske helbredsskader ved meget lave strålingsniveauer, angiveligt fordi deres våbensystemer ikke kunne udvikles ved de lave og helbredssikre grænseværdier som russerne havde.

Amerikanerne mørklagde derfor sandheden om mikrobølgernes ikke-termiske helbredseffekter. Fx fik lægen Robert O. Becker, som anses som pionerer i den uafhængige amerikanske EMF-forskning, allerede i 1950'erne og 1960'erne spændt alvorligt ben for sin EMF forskning, fordi den viste bio-fysiske skader ved ikke-termiske eksponeringsniveauer. Becker og hans medarbejdere, herunder den i dag kendte EMF forsker Andrew Marino, kom i decideret krydsforhør hos to af militærets hyrede forskere, tyskeren Hermann Schwann, som var bagmanden for 10 mW/cm^2 "*sikkerheds*"-grænseværdien, og Sol Michealsson, som allerede da havde kontakt med Repacholi (23, 89).

Beckers forskning dokumenterede skader ved ikke-termiske niveauer, men det benægtede Schwann og Michaelsson og påstod, at der ikke findes helbredsskader under de høje strålingsniveauer som giver opvarmningsskader. Beckers laboratorier var det eneste uafhængige EMF laboratorium i USA, men efterhånden fik Becker taget alle sine bevillinger og i 1980 måtte hans laboratorium definitivt lukke ned. Schwann og Michaelsson derimod fik en strålende karriere i USA fremtidige grænseværdi fastsættelsesprogram, som Repacholi siden internationaliserede i ICNIRP. Lige siden har både IEEE og ICNIRP ved at udelukke den enorme mængde forskningsrapporter som viser ikke-termiske skader, forfægtet dogmet om, at der ikke forekommer nogen helbredsskader ved eksponeringsniveauer under de termiske grænseværdier (23).

Bestrålingen af USAs ambassadepersonale i Moskva med det såkaldte "*Moskow Signal*", som også forekom ved andre østeuropæiske ambassader gennem 1950'erne og 1960'erne, som ubetvivleligt gjorde de ansatte meget syge, udgjorde derfor et dilemma for USAs militær. For hvis amerikanerne virkelig troede på, at deres termisk baserede grænseværdi på 10 mW/cm^2 var sikker og især ønskede at overbevise omgivelserne om, at der ikke kan forekomme helbredseffekter ved strålingsværdier der ikke kan opvarme væv - en påstand IEEE og ICNIRP stadig forfægter - kunne de dårligt konkludere, at mikrobølgeniveauet på ambassaderne underminerede personalets helbred (23).

"Pandora", "Bizarre", "Lilienfeld" og andre US militær projekter

På trods af, at amerikanerne opdagede bestrålingen af ambassadepersonalet i 1962, iværksatte militæret først i 1966 et hemmeligt forskningsprojekt "Pandora Project", som skulle studere de mulige helbredseffekter for ambassadepersonalet af mikrobølgebestrålingen, men personalet fik ikke den virkelige grund til undersøgelsen af vide.

I et andet tilknyttet forskningsprojekt "Bizarre" blev menneskeaber eksponeret for mikrobølger ved niveauer som var halvt så høje som USAs grænseværdier for RF stråling. Om fundene af dette studie konkluderedes, at strålingen skader centralnervesystemet:

"Der er ingen tvivl om, at man har opnået at gennemtrænge centralnervesystemet, enten direkte eller indirekte ind i den del af hjernen som varetager forandringer i arbejdsfunktioner" (23).

Da disse resultater forelå, blev forskningen stoppet og låget lagt på. USAs militær var ikke interesseret i, at sandheden: at deres termiske grænseværdier for radiofrekvent/mikrobølgestråling udgør et kæmpe helbredsproblem og altså ikke er det mindste sikre, blev afsløret. (23, 24).

Først i 1967 foretog amerikanerne en indledende undersøgelse af Moskvapersonalet, i alt 43 personer som undersøgte for kromosomskader. Evidensen viste, at forekomsten af kromosomforandringer var stor nok til at iværksætte kliniske retningslinjer for personalets reproduktion, indtil tilstanden var bedret, men det skete ikke. Et planlagt follow-up studie blev heller ikke til noget (23, 91, 92).

Ved et møde mellem supermagterne i juni 1967 var bestrålingen af den amerikanske Moskva Ambassade emnet for et hemmeligt møde mellem USAs Præsident Lyndon B. Johnson og Sovjets Premierminister Alexi Kosigyn, På mødet bad Johnson Sovjet om at stoppe med at bestråle USAs ambassade med mikrobølger og skade amerikanske borgeres helbred (23, 91).

Først 10 år efter i 1976 blev et nyt amerikansk forskningsprojekt iværksat af Tonascia, hvor Moskvapersonalets blod undersøgte. Evidensen viste store signifikante forskelle mellem Moskvapersonalets og andre ambassadepersonaler som fungerede som kontrolgruppe. Antal hvide blodlegemer var signifikant meget højere hos Moskvapersonalet så vel som andre blodanomalier. Disse resultater blev aldrig publiceret, men hemmeligholdt.

Samtidig blev der planlagt en høring i USAs kongres. Her argumenterede DoD (Department of Defence) for at USAs RF/MW grænseværdier var strenge nok og løj overfor kongressen om, at der ikke var nogen videnskabelig evidens for Sovjetunionens grænseværdier, som var tusinde gange lavere end USAs (23, 93).

Endnu et forskningsprojekt vedr. ambassadepersonalets helbred iværksattes i 1978 af et forskningsteam fra John Hopkins Hospital under professor Lilienfeld. De fandt evidens for, at ambassadepersonale på ambassader i Sovjettunionen men også i andre østeuropæiske lande var blevet syge af kræft med multiple cancerformer samt af mikrobølgesyndromet/radiobølgesyge/(EHS/eloverfølsomhed) som følge af bestråling med RF/MW gennem længere tid ved ikke-termiske strålingsniveauer. Lilienfeld forskerteamet anbefalede fortsat overvågning af personalets helbredsstatus, men det skete ikke. Lilienfeld anbefalede også kraftigt, at der blev foretaget follow-up studier, da latensperioden for nogle cancertyper ikke var tilstrækkelig lang for at cancer kunne udvikles, men det skete heller ikke.

Ovenikøbet blev visse data om eksponeringer og udviklet cancer holdt tilbage, så Lilienfeld ikke fik dem, før rapporten var udarbejdet og det var for sent at inkludere dem i resultaterne. Da rapporten blev gennemgået af andre kontraktansatte forskere - dvs. købte forskere, konkluderede de, at man ikke kunne konkludere noget ud fra resultaterne, fordi State Department ikke havde udført det nødvendige follow-up arbejde, som Lilienfeld havde anbefalet (23, 94).

Alle disse undersøgelser viser, at selvom US militær aktivt spændte ben gennem mange år for udforskningen af Moskva og østeuropa ambassadepersonalets helbred, så var evidensen tilstrækkelig til at påvise, at personalet var blevet syge af mikrobølgestrålingen og led af mindst 5

slags helbredsskader som følge heraf: 1) kromosomforandringer, 2) blodforandringer, 3) reproduktive skader, 4) øget kræft incidens og 5) mikrobølgesyndromet (EHS)/neurologiske skader.

Det er derfor, som Maisch bemærker, særdeles interessant, at i ICNIRPs retningslinjer fra 1998, som gælder den dag i dag og som Danmark følger, og som angiveligt inkluderer kvalitetsforskning med peer review, er Moskva skandalen kun kort nævnt i forbindelse med Lilienfeld undersøgelsen - ingen af de andre undersøgelser er nævnt.

Om Lilienfeld undersøgelsen konkluderer ICNIRP, at undersøgelsen

"ikke fandt nogen evidens for øget sygelighed eller dødelighed af nogen som helst årsag" (2, 23).

ICNIRP har altså her kolporteret en decideret løgn. For kendsgerningerne er, at både Lilienfeld undersøgelsen fra 1978, 1976 undersøgelsen, 1967 og 1966 undersøgelserne fandt svær øget sygelighed, kromosomforandringer, blodforandringer, reproduktive skader, øget kræft tilfælde og neurologiske skader (mikrobølgesyndromet/eloverfølsomhed) samt dødelighed hos det amerikanske ambassadepersonale. Alle undersøgelserne konstaterede også, at den øgede sygelighed og dødelighed hos ambassadepersonalet skyldtes eksponering for mikrobølger ved strålingsniveauer langt under ICNIRPs grænseværdier og anbefalinger, samt at termiske effekter ikke kunne være årsagen til de observerede helbredseffekter, herunder effekter på centralnervesystemet og adfærdsforandringer som karakteriserer mikrobølgesyndromet/EHS/eloverfølsomhed. (23).

Mikrobølgestrålingen er et våben

Det amerikanske militær har altså siden 1960'erne og op til i dag – dvs. i 50 år – været helt klar over, at de termiske grænseværdier ikke på nogen måde beskytter mod helbredsskader og sygdom. ICNIRP, som blev oprettet for at internationalisere de helbredsskadelige termiske grænseværdier, som US militær og NATO har brug for til deres våbensystemer, og som el- og teleindustrien i dag bruger til den trådløse telekom industri, har altså fra starten været helt bevidst om, at jobbet gik ud på at overbevise verdens stater om den kriminelle løgn, at de termiske grænseværdier beskytter os. ICNIRP er således ikke kun el- og teleindustriens forlængede arm, men først og fremmest US militærs og NATOs og det militærindustrielle kompleks forlængede arm.

Også WHO har vidst, i hvert fald siden 1973, at termiske grænseværdier ikke beskytter mod helbredsskader, men at strålingen ved langt lavere ikke-termiske niveauer tværtimod kan bruges som et våben, fordi disse meget lavere niveauer faktisk skader menneskers biologi og helbred. I 1973 afholdt WHO således et internationalt symposium i Warszawa, Polen sammen med US Department of Health og Food and Drug Administration (FDA) med titlen:

"Biologiske Effekter og Helbredsskader pga. mikrobølgestråling".

I det 350 sider lange dokument fra symposiet understreges, at der eksisterer biologiske helbredsskader og forhøjet dødelighed pga. bestråling med kunstige radiofrekvente mikrobølger. Hele kapitel 28 omhandler problemerne i forhold til de reproduktive funktioner. Dokumentet blev imidlertid klassificeret som "Top Secret" og indholdet skjult af WHO og ICNIRP (95,96).

Det er i dag dukket op internettet.

I 1976 udsendte US Department of Defence (DoD) Intelligence Document desuden en rapport udfærdiget af US Army Medical Intelligence and Information Agency med titlen: *"Biological Effects of Electromagnetic Radiation (Radiowaves and Microwaves) - Euroasian Countries"*, som Glazer har arkiveret og som kan findes på internettet (87). Våbendelen er stadig hemmeligstempelt. Ikke desto mindre fremgår det af den tilgængelige del af rapporten, at DoD allerede i 1976 var helt klar over, at el-overfølsomhed/radiobølgesyge/mikrobølgesyndrom/EHS er en alvorlig fysisk og neurologisk sygdom forårsaget af eksponering for elektromagnetiske felter/stråling. Det hedder her:

"Hos en gruppe patienter som lider af "radiobølge syge", har man observeret hæmodynamiske forandringer i hjernen. Disse inkluderer reduceret intensitet i puls blodvolumen og øgning af sammentrækninger i de indre og ydre kranieblodårer".... "personale eksponeret for radiofrekvent stråling under termiske niveauer oplever flere neurologiske, kardiovaskulære og hæmodynamiske

forstyrrelser end personale som ikke er eksponeret. Nogen af effekterne på hjertet og blodgennemstrømningen inkluderer bradykardi (langsom hjerterytme) hypotention (for lavt blodtryk), forandringer i EKG (Sinus arrytmier, ekstrasystoler, forandringer i intra-ventrikulær og intra-arteriel ledning, formindsket amplitude i EKG afvigelse etc.)” (87).

Alle disse helbredseffekter og -skader hos el-overfølsomme er også dokumenteret i den nyere uafhængige EHS forskning (97, 98, 99) (se desuden referencerne 39-79 i kapitel 1).

Samtidig med udformning af ovennævnte dokument i 1976 udsendte US Defence Intelligence Agency desuden et dokument til *”de avancerede stater”*, hvori man beskrev problemet og kom med forslag til *”hvordan man kan bedrage offentligheden”*. Det hedder bl.a. her:

*”hvis de mere avancerede vestlige lande fastsætter strenge grænseværdier for eksponering, vil det bevirke ugunstige effekter for industriel output”... Hvis man skulle være i tvivl, forklarer Trower, betyder *”industriel output”* *”profit”* (95, 100).*

Da USAs militær nu var helt klar over, at mikrobølger skader menneskers helbred alvorligt, lå det jo lige for at bruge mikrobølger som et våben. US militær fortsatte derfor sin udforskning af mikrobølgestråling, nu som et våben. I 1986 beskrev således Eldon Byrd, en forsker ved Naval Surface Weapon Center under USAs flåde (US Navy), at effekten af lav-niveau, ikke-termiske bestrålinger med mikrobølger kan bruges som våben mod civilbefolkningernes ufødte og nyfødte børn ved at skade fostre og forårsage fødselsskader:

”vi kan ændre cellers, vævs adfærd...forårsage op til seks gange højere fosterdødelighed og fødselsskader” (101).

I en senere rapport fra 2002 udfærdiget af USAs Flådes (US Navy) *”Forskningsbestyrelse, Afdeling for Ingeniørvirksomhed og Fysisk Videnskab”* under USAs Nationale Videnskabsakademi og Nationale Forskningsråd med titlen: *”Vurdering af Videnskab og Teknologi om Ikke-Dødelige Våben”* fremgår det helt utvetydigt, at det amerikanske militær nu har en våbentype på hylderne, som netop består af mikrobølgestråling ved ikke-termiske strålingsniveauer. Dette såkaldte *”ikke-dødelige våben”* er udviklet med henblik på, at uskadeliggøre *”fjenden”* ved at gøre mennesker meget alvorligt syge af EHS/eloverfølsomhed/mikrobølgesyndromet.

I rapportens kapitel *”energi-rettede ikke-dødelige våben”* hedder det:

”De første radiofrekvens ikke-dødelige våben VMADS er baseret på biofysisk sårbarhed, som har været kendt i årtier. Flere dybtgående studier af helbredseffekter blev sat i værk efter beslutningen var truffet om at udvikle den kapacitet som et våben. RF signalernes opvarmende effekt er velkendt og kan danne baggrund for flere andre energi-rettede våben. Fremskudte (leap-ahead) ikke-dødelige våbentechnologier vil sandsynligvis blive baseret på mere subtile menneske/RF interaktioner, hvor signal-informationen i RF eksponeringen forårsager en anden effekt end simpel opvarmning: fx. bevidstløshed, rysten, anfald, chok og nedsat spontan aktivitet. Ny udvikling indenfor ultrabredbånd teknologien, meget høje peak niveauer og ultrakorte signalkapaciteter indikerer, at faserummet, som må undersøges for subtile effektive ikke-termiske biofysiske påvirkninger, er enormt. For at opnå fremskridt hermed, vil det kræve en dedikeret indsats for at identificere brugbare påvirkninger” (3, 102).

Ved en *”dedikeret indsats”* gør militæret frem til i dag stadig *”fremskridt”* i studiet af hvordan lav-niveau, ikke-termiske eksponeringer for radiofrekvens stråling kan skade mennesker og hvilke sygdomme befolkningen kan rammes af som følge heraf til brug for militærets hemmelige krigsførsel med befolkningerne.

I øjeblikket foregår der forsøg, som skal køre til 2018, hvor kræft og neurologiske skader studeres og som bl.a. involverer kvinder som kan være gravide.

”Hvordan fremskridt hermed spænder af rapporteres tilbage til regeringens forskere”, skriver Barrie Trower. ”Forskere vil forstå forskningen i radiofrekvent strålings bioeffekter, herunder menneske/dyreforsøg...forskere vil blive bekendt med det nuværende stadium i viden om de potentielle helbredseffekter af RF så som kræft, hukommelsestab og fødselsskader” (95, 101)

Denne forskning, som involverer kvinder som kan være gravide, drejer det sig mon også om de to undersøgelser fra 2007 og 2012 af hhv. 15.000 og 28.000 danske børn, foretaget af UCLA (University of California Los Angeles) og Ålborg Universitet under ledelse af det industriansatte ICNIRP medlem Leeka Kheiferts? Undersøgelserne dokumenterede statistisk signifikant øget forekomst af fødselsskader i form af adfærdsforstyrrelser og neurologiske forstyrrelser som karakteriserer ADHD som følge af mors mobiltelefoni under graviditeten.

Selvom jeg og flere andre har konfronteret de danske sundhedsmyndigheder med disse sindsoprivende facts, at danske børn skades neurologisk fra fødslen og i den tidlige barndom af mobiltelefoni, har Sundhedsministeriet været helt tavs om undersøgelserne. Spørgsmålet er derfor, om danske børn i disse 2 undersøgelser indgår som forsøgspersoner i amerikansk militærforskning, hvor potentielle helbredseffekter af RF stråling, herunder fødselsskader undersøges? (105, 106)

Det er i hvert fald krystalklart, at USAs militær og dermed NATO, ICNIRP, WHO - og Danmarks myndigheder er fuldkommen klar over, at RF stråling langt, langt under ICNIRPS termiske grænseværdier forårsager svære bio-effekter og helbredsskader, herunder kræft, neurologiske skader, DNA-skader, reproduktionsskader, foster- og fødselsskader og eloverfølsomhed, selvom det benægtes med stor kraft og opfindsomhed. For disse helbredsskader har været dokumenteret og kendt i op til 50 år og blev i hver fald i 2002 og sandsynligvis før planlagt at danne baggrund for yderligere anvendelse af RF stråling som et våben.

Når radiofrekvent stråling nu udrulles med manisk hast overalt i de vestlige NATO-lande og ikke mindst i Danmark, som aldrig kritiserer eller gør modstand mod amerikanske militære interesser, så alle befolkningsgrupper, selv vuggestuebørn og gravide eksponeres dagligt og kontinuerligt med mikrobølger fra mobiltelefoner, smartphones, WiFi, DECT telefoner, mobilmaster, "smart meters" etc. som uvægerligt vil gøre flere og flere danskere syge, bl.a. af eloverfølsomhed, kræft, ADHD, autisme og reproduktionsskader, må man derfor med rette hævde, at verdens befolkning, og ikke mindst danske fostre og børn, er under angreb med ikke dødelige våben.

ICNIRPs og Sundhedsstyrelsens "sikkerheds" grænseværdier er et falsum

Det er derfor også evident, at ICNIRPs grænseværdier og retningslinjer, som SST i svar på spørgsmål 499 henholder sig til (1), ikke beskytter den danske befolkning mod helbredsskader. Det gør både den uafhængige, telekomindustriens og militærets forskning helt klart.

Grunden til, at de høje ICNIRP termiske grænseværdier ikke beskytter mod helbredsskader, er, at de udelukkende er sat i forhold til kroppens absorbering af energi, hvilket gælder for både ELF og RF. For ELF er ICNIRPs grænseværdier udelukkende sat i forhold til ultra-korttids eksponering og øjeblikkelige skader som stimulering af perifere nerver og muskler, inducerede strømme, chok og forbrænding af væv ved berøring af elektrisk ladede objekter.

ELFs biologiske langtidseffekter omfatter imidlertid en lang række bioeffekter og sygdomme herunder leukæmi, Alzheimers, ALS, brystkræft, Autismen og EHS, som evidensen viser forårsages - ikke af berøring - men ved ophold i nærheden af de ekstremt lavfrekvente magnetfelter og elektriske felter som udstråler fra alle slags elektriske kilder og udstyr ved over 1000 gange lavere ELF niveauer end ICNIRPs grænseværdier. Det gælder Også ELF fra batteri og højtalere i mobiltelefoner ol. (107). Men udstrålingen herfra omfattes ikke af ICNIRPS grænseværdier og ignoreres dermed af SST. Det er en katastrofe for folkesundheden og helt utilgiveligt, at myndighederne svigter sin opgave med at beskytte befolkningen mod ELF.

Det gælder også helbredsskader som følge af den radiofrekvente/mikrobølgefekvente elektromagnetiske stråling, som befolkningen bestråles med i dag i enorme og stærkt sygdomsfremkaldende intensiteter og kvanta. Således tillader ICNIRPS retningslinjer, at den almene befolkning må eksponeres med en 10^{18} faktor dvs. 1.000.000.000.000.000.000 gange mere end hvad den naturlige baggrundsstråling var for 70 år siden og de kortvarige peak niveauer i RF strålingen er tilladt at være 1000 gange højere (103). For også for RF er ICNIRPs grænseværdier udelukkende sat i forhold til energien i strålingen ved øjeblikkelige ultra-korte høj-niveau

eksponeringer og opvarmning som følge heraf. Men den eksponering befolkningen udsættes for i dag varer mere end 6 minutter (fx varer en skoletime med Wi-Fi tændt 40 minutter) og evidensen i utallige videnskabelige undersøgelser viser, at der sker en lang række helbredsskader ved langvarig og akkumuleret eksponering ved strålingsniveauer, som er tusinde gange lavere og hvor ingen opvarmning finder sted. ICNIRPS grænseværdier for RF beskytter heller ikke på nogen måde befolkningen mod helbredsskader, men det ignorerer Sundhedsstyrelsen også.

Det værste ved det er, at både ICNIRP og SST udmærkes godt ved det. Selvom de så ignorerer de tusindvis af uafhængige videnskabelige undersøgelser, så om ikke andet, fordi USAs militær har gjort det helt klart, at de ikke-termiske helbredsskader er en realitet og at de ikke skyldes energien i den elektromagnetiske felter/stråling men derimod informationerne i signalerne (104). For RF/MW drejer det sig om de pulseringer/moduleringer som RF bearbejdes med, så information kan overføres. Ifølge den nyeste videnskabelige viden tyder alt på, at disse informationssignaler - ved RF ofte i en lavfrekvent rytme og ved ELF de lave frekvenser i strømforsyningen - interfererer med kroppens egne informationsbærende lavfrekvente elektriske og magnetiske signaler og informationsprocesser på molekyle- og celleplan. Hermed skades kropsprocessers udvikling og funktion på utallige kropsniveauer, ikke mindst i centralnervesystemet og det kardiovaskulære system som i sig selv er elektriske organer (3, 4).

ICNIRPs RF grænseværdier som Danmark anvender, er på 10 W/m^2 , men den uafhængige, såvel som teleindustriens og militærets forskning dokumenterer, at menneskers helbred, herunder centralnervesystem og hjerte skades ved så lave RF værdier som $0,00001 \text{ W/m}^2$, dvs. at de danske grænseværdier er over 10.000 gange højere end niveauer hvor kroppen skades. Faktisk har det amerikanske militær også gjort rede for, at strålingen er et våben.

Men dette våben, som Danmarks befolkning altså angribes med i dag - først og fremmest af telekomindustriens produkter og hvis helbredsskadelighed er fuldt dokumenteret, sanktioneres af ICNIRP og dermed af Danmarks sundhedsmyndigheder.

En lang række helbredsskader

Selvom de bio-fysiske skadesmekanismer som ELF og RF forårsager ikke forstås til bunds, så har de altså været kendt af militæret, el- og telekomindustrien, ICNIRP og WHO i mange, mange år og USAs militær bruger dem som et våben. Men ICNIRP og WHO, ledet af Repacholi har påtaget sig opgaven med at varetage militære og industrielle interesser på bekostning af folkesundheden. Til det formål har ICNIRP og WHO løjet groft, ført landene bag lyset og tilsidesat alle menneskerettigheder ved at fastsætte og sanktionere grænseværdier for elektromagnetiske felter/stråling, som ikke beskytter det mindste mod de aktuelle eksponeringer, befolkningerne udsættes for, men som derimod gør verdens befolkninger syge.

Danmarks sundhedsmyndigheder følger trop og misinformerer Folketing og befolkning om EMFs helbredsskadelige konsekvenser. Det er et uhyggeligt bedrag, udtryk for en enorm menneskeforagt, og en forbrydelse mod menneskeheden men også mod dyr og planter, som også rammes og skades af strålingen (108).

Al forskning viser, at det er de sårbarste organismer der rammes hårdest - blandt mennesker de ufødte børn/fostre og børn, syge, ældre og allerede EMF-skadede. I øjeblikket foregår der et - omend skjult - EMR overgreb på verdens ufødte og fødte børn, som ligner Thalidomid skandalen i 1960'erne i storskala format - som Barrie Trower også kalder "*A Thalidomide in the making*" (95). Blot er EMR skandalen mange, mange gange værre, fordi den rammer mange flere fostre og små børn som misdannes neurologisk, end de fostre der blev frygteligt misdannede af medicinen Thalidomid og blev født uden arme og ben. Men kynismen er nøjagtig den samme. I Thalidomid skandalens retlige efterspil opførte medicinalfirmaet og dets advokater og regeringer sig skandaløst og fascistisk. Bl.a. mente firmaets advokater i Tyskland, at det ikke var mod loven at skade fostre, fordi de ikke havde nogen juridiske rettigheder. Som Gøtzsche skriver:

”Måske skulle de have tænkt på de misdannede børn eller de millioner af mennesker, nazisterne havde myrdet kort forinden, som også blev anset for at være undermennesker uden værdi” (109).

Det ligner samme kyniske fascistoide tankegang der ligger bag ICNIRPs, WHO's og også regeringers, herunder de danske sundhedsmyndigheders ignorance. For det overgreb der foregår idag pga. EMF/EMR's eksponering af vores fostre og børn er måske også omkostningsfrit, da fostre, så vidt jeg er orienteret, stadig ikke har nogen juridiske rettigheder.

Det er i hvert fald et faktum, at det i mange år har været el- og telekomindustrien og militæret tilladt at skade menneskers helbred, til trods for, at evidensen for de helbredsskader, ELF og RF forårsager, står i kø - op til 8000 videnskabelige undersøgelser påviser i dag ikke-termiske effekter og helbredsskader af næsten enhver art. Men både ICNIRP, WHO og Sundhedsstyrelsen herhjemme har i mange år ignoreret og udeladt denne enorme mængde videnskabelige evidens i deres risikovurderinger, idet de påstår, at litteraturen ikke er *”videnskabelig”* eller ikke kan *”verificeres”* eller de beklikker forskernes troværdighed eller benytter andre institutionelle korrumperte metoder.

Fx skrev ICNIRP i 1999 vedr. ELF:

”hele den videnskabelige litteratur blev gennemgået, men de eneste skadelige effekter på mennesker som blev verificeret ved en grundig evaluering var kort-tids, øjeblikkelige helbredskonsekvenser så som stimulering af de perifere nerver og muskler, funktionelle forandringer i nervesystemet og andet væv, chok og forbrænding ved at røre ved ledende objekter og forandringer i adfærd forårsagede af forhøjede vævstemperaturer. Der findes også data vedr. lav-niveau eksponeringer som indikerer, at der også kan være andre helbredseffekter. Det er imidlertid ICNIRPs synspunkt, at i fravær af støtte fra laboratoriestudier er de epidemiologiske data utilstrækkelige til at tillade at etablere eksponeringsretningslinjer herfor.” (25).

At *”hele den videnskabelige litteratur vedr. ELF og helbredsskader blev gennemgået”*, er ikke sandt, ligesom påstanden om *”fravær af laboratoriestudier som støtte for de epidemiologiske data”* er - og også i 1999 var - uden hold i virkeligheden. For allerede da forelå en mængde evidens fra laboratorie studier såvel som fra epidemiologiske studier om svære helbredseffekter pga. eksponering for ELF. Den lå til grund for, at IARC i 2001 - 2 år efter denne ICNIRP udtalelse - opklassificerede kræfttrisikoen (børneleukæmi) fra ELF som dermed placeredes som en 2B kræftfremkaldende agens på linje med DDT, bly og dioxin (39).

I dag er påstanden komplet latterlig, for der findes tusindvis af laboratoriestudier, som efter alle videnskabens regler fremlægger evidens for en lang række helbredsskader pga. eksponering for ELF ved feltniveauer langt under ICNIRPs grænseværdier. Det samme gælder for RF eksponeringer, hvor tusindvis af videnskabelige undersøgelser viser, at der forekommer en lang række bioeffekter og helbredsskader ved ikke-termiske strålingsniveauer. ICNIRPs udsagn *”gennemgang af hele den videnskabelige evidens”* er derfor institutionel korrupsionssprog som betyder *”review by exclusion”*, dvs. at den gennemgang som omtales, består i en udelukkelse, ignorering og frasortering af den ikke-termiske biofysiske EMF/EMR evidens på forhånd, fordi den a priori ikke bekræfter det termiske paradigme. Påstanden, at ICNIRP har gennemgået hele den videnskabelige litteratur på området er derfor ét stort falsum.

I 2007 udkom den skelsættende BioInitiative Rapport, som sendte chokbølger gennem hele verden (3). Den påviste de mange bioeffekter som optræder som følge af eksponering for ikke-termiske niveauer af ELF og RF, herunder kræft, neurologiske skader og EHS. Det fik Europaparlamentet (8), EEA (15), IARC (39), Europarådet (12) og mange andre internationale læge-, forsker- og borgergrupper til at råbe vagt i gevær og anbefale hasteforholdsregler. På den baggrund har flere lande sænket deres grænseværdier og taget andre forholdsregler for at beskytte deres befolkninger.

I 2012 udkom den nye opdaterede BioInitiative Rapport, som har samlet evidensen fra 1400 nye EMF/EMR undersøgelser publiceret fra 2007-2012, som viser endnu flere ikke-termiske helbredsskader som følge af eksponering for ELF og EMF. Denne nye omfattende videnskabelige litteratur bekræfter den hidtidige og i endnu højere grad. Evidensen viser, at ELF eksponeringer fra el-nettet, transformatorer, maskiner, herunder også kuvøser, såvel som RF eksponeringer fra

mobiltelefoner, trådløse telefoner, smartphones, trådløse laptops, tablets, Wi-Fi og andre trådløse netværk, mobilmaster, ”*smartmeters*”, babyalarmer etc. forårsager en lang række skader og sygdomme, som er samlet i hvert sit afsnit.

Det drejer sig om:

- *evidens for skader på sperm og reproduktion*
- *evidens for at børn er mere sårbare*
- *evidens for foster og neonatal effekter*
- *evidens for autisme effekter (Autisme Spektrum Forstyrrelser)*
- *evidens for elektrohypersensitivitet (EHS/el-overfølsomhed)*
- *evidens for effekter pga. RFR eksponering fra mobilmaster*
- *evidens for effekter på blod-hjernebarrieren*
- *evidens for effekter på gener (genotoxicitet)*
- *evidens for kræfteffekter (børneleukæmi, hjernekræft, brystkræft)*
- *evidens for effekter på DNA som fraktal antenne*
- *evidens for effekter af svage EMF-interaktioner som ikke-lineære biologiske oscillatorer og synkroniseret neural aktivitet” (4).*

De 2 BioInitiative Rapporters gennemgang af evidensen fylder mange hundrede sider. Men ifølge SST's og SIS' notater fra 2007 og 2013 interesserer rapporterne ikke SST og SIS (79, 80). I stedet har SST og SIS fundet det opportunt, at kritisere rapporterne og afvise dem, hvilket er en kæmpe forsømmelse.

Sammen med psykolog Susanne Bølling bad jeg Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg i oplæg d. 3. marts 2013 (28) samt ved foretræde d. 19. marts 2013 om at beskytte den danske befolkning mod EMF. I SST's svar på Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalgs spørgsmål 499 om elektromagnetiske felter og hvilke beskyttelsesforanstaltninger, der kendes til fra andre lande, har SST ikke informeret korrekt.

Samtidig henviser SST til, at Danmark følger ICNIRPs retningslinjer. At Danmark følger ICNIRPS retningslinjer er en katastrofe, for ICNIRPs retningslinjer beskytter ikke den danske befolkning mod helbredsskader fra eksponeringer fra elektromagnetiske felter, da de udelukkende varetager industriens og militærets interesser.

Som jeg sammen med Susanne Bølling gjorde rede for d. 3. og 19. marts 2013 lider over en million danskere af neurologiske skader og sygdomme og mange af dem skyldes EMF.

Dertil kommer fertilitetsskader, kræft, og andre sygdomme som har forbindelse med befolkningens eksponering for EMF/EMR. For hver dag der går, bliver det værre. Vi står på tærsklen til en folkesundhedskatastrofe, men myndighederne reagerer ikke. Det er derfor op til den danske befolkning at vågne op og kræve af myndighederne, at der bliver grebet ind overfor de sundhedsmæssige overgreb der foregår. Ingen andre kan gøre det.

KAPITEL 3 SPØRGSMÅL 500

"Baseret på epidemiologiske undersøgelser ses et konsistent mønster for øget risiko for gliomer og akustikusneuronomer i forbindelse med brug af mobiltelefoner og trådløse telefoner... evidens som støtter dette kommer også fra tumorernes anatomiske lokalisering i de områder af hjernen som eksponeres mest og fra kumulativ eksponering målt i timer samt latenstid som alt sammen må lægges sammen i forhold til den biologiske relevans for en øget risiko! Dertil kommer at risikoudregninger baseret på estimeret absorberet dosis styrker fundene...."

Den epidemiologiske evidens viser, at RF-EMF bør klassificeres som en kræftfremkaldende agens for mennesker. Baseret på vores egen forskning samt gennemgang af anden evidens er FCC/IEEs og ICNIRPs grænseværdier og referenceniveauer ikke tilstrækkelige til at beskytte folkesundheden. Der er behov for nye befolknings helbreds standarder og grænser."

Professor Lennart Hardell MD et al.
Department of Oncology
University Hospital, Örebro, Sweden

Elektromagnetisk stråling og hjernekræft

På Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalgs spørgsmål 500:

"vil ministeren redegøre for WHO's holdning til EMF relaterede helbredsproblemer"

svarer SST korrekt, at

"WHO fremlagde i 2011 for første gang en gennemgang af den eksisterende videnskabelige litteratur om sammenhængen mellem udsættelse for elektromagnetiske felter i det radiofrekvente område og udviklingen af kræft. Den samlede konklusion placerede udsættelse for radiofrekvente elektromagnetiske felter i den såkaldte kategori 2 B" (1).

SST oplyser dog ikke, at det var evidensen fra WHO's eget INTERPHONE projekt, tillige med Hardell Gruppens kræftforskning, som lå til grund for 2 B klassificeringen (2, 3, 4). Hermed placerede WHO's kræftforskningspanel IARC (international Agency for Research on Cancer) radiofrekvent stråling i samme kræftfremkaldende agens gruppe som, bly, DDT og dioxin (5, 6, 7, 8, 9).

Selvom det var første gang IARC gennemgik den samlede videnskabelige litteratur vedr. RFR så havde IARC allerede i 2001 - dvs. 10 år tidligere - gennemgået den videnskabelige litteratur om ekstremt lavfrekvente elektromagnetiske felter ELF EMF fra magnetfelter og elektriske felter fra strømforsynings el, maskiner, elektronisk udstyr etc. Det var særligt evidensen fra videnskabelige undersøgelser, som viste statistisk signifikant øget risiko for børneleukæmi ved bolig indenfor 500 meter fra højspændingsmaster (10), der fik WHO/IARC til at konkludere, at ELF EMF skulle opklassificeres til kategorien 2 B (11). Hermed placerede WHO altså ELF EMF i samme kræftfremkaldende agens gruppe som bly, DDT og dioxin - 10 år før klassifikationen af RFR også som 2 B agens. Men det glemmer SST at oplyse til Folketinget.

WHO's 2 B kategori for kræftfremkaldende agenser i miljøet

WHO's kræftforskningspanel IARC kategoriserer miljømæssige agenser i 4 kategorier 1: agens er kræftfremkaldende for mennesker, 2 A: agens er sandsynligvis kræftfremkaldende for mennesker, 2 B: agens er muligvis kræftfremkaldende for mennesker, 3: agens kan ikke klassificeres som kræftfremkaldende for mennesker og 4: agens er sandsynligvis ikke kræftfremkaldende for mennesker"(5).

Om selve kategorien 2 B *"muligvis kræftfremkaldende for mennesker"* skriver SST:

"Gruppen omfatter stoffer eller agenser, hvorom man ikke kan dokumentere, at de er kræftfremkaldende, men hvor man heller ikke kan afvise det" (1).

Denne definition af 2 B er imidlertid ikke korrekt. Den rigtige definition af kategorien 2 B er derimod - og jeg citerer IARC:

"stoffer eller agenser for hvilke der er begrænset evidens for kræftfremkaldelse hos mennesker og mindre end tilstrækkelig evidens for kræftfremkaldelse hos forsøgsdyr. Kategorien kan også bruges, når der er utilstrækkelig evidens for kræftfremkaldelse hos mennesker, men der er tilstrækkelig evidens for kræftfremkaldelse hos dyr" (5).

Vedr. radiofrekvent stråling RFR fandt IARC i 2011, at der er *"begrænset evidens for kræftfremkaldelse hos både mennesker og forsøgsdyr"*. IARC fremhæver, at *"begrænset evidens for kræftfremkaldelse"* henviser til,

"at der er observeret en positiv forbindelse mellem eksponering for agens og kræft og at en årsagsmæssig sammenhæng af IARC arbejdsgruppen anses for at være troværdig, men at tilfældigheder, bias eller sammenblanding ikke kan udelukkes med rimelig sikkerhed" (5, 6) (min understregning).

2 B kategorien udsiger altså, at der er dokumentation for en årsagsmæssig sammenhæng mellem eksponering for RFR og ELF og kræft (hhv. hjernekræft og leukæmi), men at man ikke kan være helt sikker på dokumentationen.

SST's beskrivelse af årsagen til IARCs klassifikation af radiofrekvent stråling til 2 B kategorien

"Det skyldes, at ingen undersøgelser entydigt har påvist en sammenhæng mellem udsættelse for radiofrekvente felter og udvikling af kræft" (min understregning) (1)

er derfor en decideret omgåelse af fakta og dermed en alvorlig misinformation af Folketinget. For det er faktisk helt modsat. Flere undersøgelser har netop fundet en entydig statistisk signifikant sammenhæng mellem eksponering for RFR og udvikling af kræft. Det var jo derfor WHO/IARC besluttede at opklassificere kræftfaren fra RFR!!

WHOs INTERPHONE projekt fandt således evidens for, at ved 1640 timers kummulativt brug af mobiltelefon eller 30 minutter om dagen i 10 år, er der statistisk signifikant fordobling af risikoen hos voksne for at få gliomer. Gliomer (glioblastomer) er højmaligne hjernekræft tumorer, der ikke kan helbredes. Gennemsnits overlevelsestiden efter diagnosen er stillet er 400 dage - dvs. godt et år! Interphone undersøgelsen dokumenterer endvidere, at den statistisk signifikante øgning af gliomer rangerer fra 40 % - 95 % (2, 3).

IARCs klassificering af RFR som en 2 B cancerrisiko agens bygger endvidere på Hardell Gruppens kræftforskning, som desuden har påvist, at børn, som i en tidlig alder begynder at bruge mobiltelefon, har mere end en 5-dobbelt (500 %) øget risiko for at udvikle gliomer, når de bliver mellem 20-29 år. Hardell Gruppens forskning viser desuden, at i stedet for de 40 % - 95 % øget risiko for gliomer hos voksne, som Interphone undersøgelsen fandt, udgør et kummulativt brug i løbet af livet en risiko så høj som 130 % for trådløs (DECT) telefon brug og 490 % for analog mobiltelefon brug. For akusticusneurinomer (svulster på hørenerven) udgør risikoen for disse telefoner hhv. 50 %, 50 % og 190 %. Alle disse risici er statistisk signifikante (4).

SST's bagatellisering og misinformation om IARCs 2 B klassifikation er særdeles uansvarlig, for 2 B klassifikationen er meget alvorlig. Da IARC nåede sin 2 B RFR hjernekræft risiko konklusion, sagde formanden for arbejdsgruppen Dr. Jonathan Samet fra University of Southern California bl.a.:

"Evidensen som stadig øges, er nok til at understøtte en konklusion om 2 B klassifikationen"

Det sagde Jonathan Samet, fordi evidensen for hjernekræft som følge af eksponering for radiofrekvent stråling bl.a. fra trådløse telefoner øges hele tiden. Hvis evidensen havde vist, at RFR ikke er en kræftfremkaldende agens, kunne IARC have valgt at klassificere RFR som en gruppe 4: *"ikke kræftfremkaldende agens"*, eller som en gruppe 3: *"utilstrækkelig evidens"*. Men som Cindy Sage bemærker, gjorde IARC ingen af delene (12). IARC valgte at klassificere RFR som en 2 B

"muligt kræftfremkaldende agens", fordi der er evidens der dokumenterer, at der er en hjernekræft risiko forbundet med eksponering for radiofrekvent stråling. Denne evidens for en hjernekræft risiko ved eksponering for RFR øges for hver dag for både børn og voksne og WHO har klassificeret denne risiko. Men disse forfærdelige facts har SST misinformeret Folketinget om.

IARC klassificerer radiofrekvent stråling - ikke mobiltelefoni

Men ikke nok med det. SST misinformerer også i svar på spørgsmål 500 - igen, igen - om, at IARCs 2 B klassifikation kun drejer sig om mobiltelefoni og ikke al radiofrekvent stråling, SST skriver:

"WHO's placering i kategori 2 B udelukkende vedrører en mulig sammenhæng mellem lang tids (mere end 10 år) intensivt brug af mobiltelefoner og en særlig form for hjernekræft (gliomer) samt knuder (godartede) på hørenerven" (1).

Bortset fra, at 30 minutters mobiltelefoni om dagen i dag ikke er "intensivt brug", så er det korrekt, at den evidens for en sammenhæng mellem radiofrekvent stråling og hjernekræft formen gliomer samt akusticusneurinomer (der ganske vist er godartede, men hvor operationen ofte gør folk døve), som WHO/IARC lagde til grund for 2 B klassificeringen af RFR i 2011, var fra undersøgelser af sammenhængen mellem RF stråling fra trådløse telefoner dvs. mobiltelefoner - men også DECT telefoner - hvilket SST glemmer at oplyse - og hjernekræft (2, 3, 4).

Men ifølge IARCs regler gælder alle kategorier og dvs. også 2 B også for ALLE andre radiofrekvens baserede eksponeringer. Det gør de, fordi IARCs kategorisystem drejer sig om eksponering for stoffer og agenser: her radiofrekvent stråling. Det drejer sig ikke om apparater og udstyr fx mobiltelefoner eller DECT telefoner ol. som udsender radiofrekvent stråling.

IARC KLASSIFICERER AGENSER - IKKE APPARATER.

At SST bliver ved med at misinformere om, at IARCs 2 B klassifikation af RFR kun gælder mobiltelefoner, selvom IARC selv har korrigeret SST's vildfarelse (13), er derfor meget alvorligt og en helt utrolig forsømmelse fra landets øverste sundhedsmyndighed. Det svarer til at ville hævde, at 2 B klassifikationen af bly, kun drejer sig om bly i maling og ikke bly i benzin, hvilket de fleste umiddelbart kan se er absurd.

Der er altså behov for, at Folketinget hurtigst muligt sørger for, at de danske sundhedsmyndigheder tager 2 B klassifikationen af radiofrekvent stråling og lavfrekvente elektromagnetiske felter alvorligt og adresserer kræfttrisikoen - ikke kun fra mobiltelefoner, men også fra DECT telefoner, tablets, iPhones, trådløse laptops, babyalarmer, Wi-Fi routere/access points og andre trådløse netværk, mobilmaster, smartmeters, radio/TV antenner, radar etc., samt fra højspændingsledninger og el-udstyr i hjem, børneinstitutioner, skoler, på arbejdspladser og i det offentlige rum,

Christoffer Johansens industribetalte og fejlbehæftede mobilforskning

I svar på spørgsmål 566 promoverer SST varmt sin eneste konsulent vedr. EMF og kræftisici Professor Christoffer Johansen fra Kræftens Bekæmpelse og overlæge på Rigshospitalet som ekspert i spørgsmål om EMF og kræft (14). Det gør SST uden overhovedet at forholde sig til, om Christoffer Johansens konsulentråd muligvis er påvirket af hans egen interessekonflikt behæftede forskning, som er sponsoreret af mobilindustrien.

Christoffer Johansens mest berømte - eller snarere berygtede - forskningsprojekt vedr. en eventuel kausal sammenhæng mellem mobiltelefoni og hjernekræft, er den danske Kohorte undersøgelse - "Verdens største mobilstudie" som løb fra 1982 - 1996 og som publiceredes i 2006. Christoffer Johansen udførte studiet bl.a. sammen med Jørgen Olsen og Joachim Schüz også fra Kræftens Bekæmpelse og John Boice og Joseph McLaughlin fra det amerikanske private firma IEI (International Epidemiology Institute) (15). Navnet på dette amerikanske institut leder tanken hen på et uafhængigt institut, men det er ikke tilfældet. IEI er et privat firma, som åbent på sin hjemmeside indtil 2000 beskrev, at firmaet yder rådgivning og støtte (?) til firmaer ved processer om skadeserstatning (16).

Den danske Kohorte var på over 700.000 danskere som havde et mobilabonnement i perioden 1982-1996 og undersøgelsen skulle finde ud af, om der var en sammenhæng mellem mobilbrug og senere udviklet hjernekræft. Undersøgelsen publiceredes i 2006 og den konkluderede, at der ikke var denne sammenhæng. Ja, ikke nok med det - undersøgelsen konkluderede ovenikøbet, at efter 10 års mobilabonnement var risikoen for hjernekræft formindsket med 34 %. Dvs. mobiltelefoni skulle tilsyneladende beskytte mod hjernekræft, hvilket enhver kan regne ud er noget vrøvl.

At studiet er berygtet skyldes derfor for det første, at der er tale om falsk forskning, der, som George Carlo skriver "*er produceret af telecomindustrien m.h.p. at producere et positivt lav-risiko fund*" (17).

Det er helt korrekt, for Kohorte undersøgelsen er således delvist finansieret af den danske mobilindustri ved Sonofon og Tele Danmark Mobil, hvilket Christoffer Johansen har oplyst i sin habilitetserklæring i 2012 (18). Dertil kommer bidrag fra Kræftens Bekæmpelse og fra IEI. Hvorfra IEI fik sine penge, er tilsyneladende ikke oplyst og Christoffer Johansen har ikke nævnt noget om det i sin habilitetserklæring.

Men Mona Nilsson påpeger, at IEI før har produceret og finansieret forskning, som viser, at der ingen risici er ved brystimplantater og da kom pengene fra Dow Corning, som er storproducent af netop brystimplantater (16,19). I dag ved vi, at der er store risici ved brystimplantater. IEI blev også brugt af halvleder industrien til en undersøgelse, som skulle udrede, om arbejdere i halvleder industrien løber en ukendt kræftisiko. Mona Nilsson peger derfor på, at det ikke er usandsynligt, at IEIs bidrag til den danske Kohorte undersøgelse også kom fra mobilindustrien (16). Det er derfor på høje tid, at de danske sundhedsmyndigheder oplyser Folketinget om IEIs bidrag også kommer fra mobilindustrien og om Christoffer Johansen har glemt at oplyse dette i sin habilitetserklæring?

IEI har desuden skudt mange penge i endnu en undersøgelse i samarbejde med Christoffer Johansen et al om en øget risiko for øjencancer p.gr.a. mobiltelefoni, hvilket Mona Nilsson også påpeger. Igen var resultatet, at der ingen risiko er (16, 20). IEI delfinansierede også det danske Interphone delstudie, som også havde store metodefejl. Som det fremgår af Christoffer Johansens habilitetserklæring og SST's svar på spørgsmål nr. 567, hvis ordlyd er taget direkte fra Christoffer Johansens habilitetserklæring (18, 21), var Christoffer Johansen Principal Investigator (PI) i Danmark for Interphone undersøgelsen. Hvad der ikke oplyses i habilitetserklæringen og i svar på spørgsmål 567 er, at Boice og McLaughlin også deltog i den danske Interphone delundersøgelse og hvor IEIs penge til finansieringen kom fra. Resultatet af den danske Interphone delundersøgelse var igen, at der ingen risici er, men ovenikøbet en 42 % mindsket risiko for gliomer (16, 22).

Man skal også lægge mærke til, at John Boice, som er videnskabelig direktør for IEI, desuden er redaktør for det videnskabelige tidsskrift Journal of the National Cancer Institute, som publicerede det danske kohorte studie (15, 16).

Udover industrifinansieringen skyldes Kohorte undersøgelsens dårlige ry, nemlig også at den har en lang række graverende metodologiske fejl, selvfølgelig med henblik på at skabe et positivt resultat. Bare det faktum, at resultatet viste, at risikoen for hjernekræft var formindsket med 34 % efter 10 års besiddelse af et mobilabonnement, taler sit tydelige sprog. Selv et barn kan se, at der er noget galt, når et ejerskab af et mobilabonnement i 10 år beskytter mod hjernekræft.

Og metodefejlene står da også i kø. Blandt de værste fejl er, at kun de der havde et mobilabonnement i 1995 blev inkluderet i bruger-populationen. Dvs. de der havde et abonnement efter 1995 blev udelukket fra bruger-populationen. Det svarede til 20 % af de 700.000. Undersøgelsen behandlede således alle, som begyndte at bruge mobiltelefon efter 1995, som om de aldrig havde brugt mobiltelefon og derefter puttede forskerne dem i kontrolgruppen! Det er, som Microwawe News skriver, "*svært at tro det kan være sandt*", at mennesker, som begyndte at bruge mobiltelefon i 1995 og frem, i de år hvor mobiltelefonien eksploderede, blev anset for at være ikke-brugere. Men det er sandt. Det står at læse sort på hvidt i British Medical Journal, hvor en ny opdatering af undersøgelsen publiceredes i 2011: "*individuals with a subscription in 1996 or later were classified as non-users*" (23, 24).

Den metodefejl er utrolig, for faktisk fordobledes antallet af mobiltelefonbrugere mellem 1995 - 1997 til omkring 44 % af den danske befolkning. Det betyder, skriver Microwawe News, at alle danskere som begyndte at bruge mobiltelefon i 1996 og 1997 kunne have akkumuleret 10 eller 11 års mobiltelefonbrug ved afslutningen af 2007, som var det tidspunkt, undersøgelsen blev analyseret (23). Der var altså individer heriblandt som kunne have udviklet kræft p.gr.a. mobiltelefonbrug. Men alle disse brugere efter 1995 puttede forskerne i kontrolgruppen, dvs. den gruppe som skulle forestille ikke at have brugt mobiltelefon overhovedet.

En anden ligeså graverende metodefejl er, at undersøgelsen også udelukkede de 200.000 tungeste erhvervsabonnenter fra mobiltelefon brugerpopulationen og disse erhvervs-abonnenter blev også puttet over i kontrolgruppen, som skulle forestille at udgøres af ikke-eksponerede individer.

Den danske Kohorte undersøgelse havde således reelt ingen kontrolgruppe. For i kontrolgruppen - som skulle forestille at udgøres af ikke-eksponerede individer - blev der iblandet hundrede tusindvis personer, som var de mest eksponerede. De brugere som forventes at være dem med det mest udstrakte brug af mobiltelefoner på det tidspunkt undersøgelsen blev lavet, dvs. de 140.000 brugere efter 1995 tillige med de 200.000 erhvervsbrugere, tæller altså, som Kim Horsevad pointerer, essentielt med i kontrolgruppen, i stedet for i den eksponerede gruppe:

"hvored opnås manglende forskel mellem kontrolgruppen og eksponeret gruppe - og man kan dybest set ikke dokumentere, at den såkaldte eksponerede gruppe rent faktisk er den mest eksponerede. Disse fejl giver selvfølgelig et resultat som i bedste fald er særdeles mangelfuldt og sandsynligvis direkte misvisende" (25).

Det tør svagt antydes. Og der er andre end mig og Kim Horsevad og mange andre hjemlige kritikere der mener, at disse eklatante og grove metodefejl har bevirket, at undersøgelsesresultatet: at der ingen sammenhæng skulle være mellem hjernekræft og mobiltelefoni er helt og aldeles utroværdigt. Dertil kommer, at den danske kohorte undersøgelse desuden er udsat for en omfattende og sønderlemmende international kritik fra en lang række forskere herunder, Dennis Henshaw, George Carlo, Margareth Meade Glaser, Dariuz Leszczynski, Khurana and Phillips, Allan Frey, Sarah Wright, Lloyd Morgan, Devra Davis, Ronald Herberman, Yael Stein, Dorothy Gujral, Alistair Philips og Lamburn og de har bedt British Medical Journal om at trække studiet tilbage (26).

Studiet er så anløbet, at der sågar er forlydender om, at det anvendes på højere læreranstalter i USA som skoleeksempel på uredelig og fejlbehæftet forskning.

Ifølge Microwawe News gik Professor Michael Kundi fra Wiens Medicinske Universitet endnu længere. Han betegner det danske Kohorte studie som:

"det mest alvorligt forudindtagede (biased) studie blandt alle studier som hidtil er publiceret".

Til Microwawe News fortalte Kundi, at han havde foretaget udregninger for at korrigere det danske studie fra 2006 for de ovennævnte, "forureninger", hvor så mange langtidsbrugere var blandet sammen med kontrolgruppen og han havde fundet *en "høj signifikant øgning af gliom hjernekræft risiko"* (23).

WHO/IARC afviser Christoffer Johansens fejlbehæftede mobilforskning

Heller ikke IARC kunne bruge det danske Kohorte studie til noget og Christoffer Johansen var ikke blandt de inviterede deltagere, da IARC trådte sammen i maj 2011, for at beslutte, om radiofrekvent stråling skulle opgraderes som kræftfremkaldende agens.

I sin åbningstale d. 25. maj 2011 sagde IARCs direktør Christopher Wild bl.a. til de 29 internationale videnskabsfolk og valgte medlemmer af IARC panelet:

"I er med i arbejdsgruppen, fordi I er anerkendte eksperter, hvilket jeres videnskabelige publikationer vidner om...I er valgt på grund af jeres ekspertise"(27).

Man må derfor konkludere, at SST's eneste konsulent Christoffer Johansen, ikke anses af WHO som en af verdens 29 bedste eksperter vedr. EMF/EMR og kræftfremkaldende agens, på trods af hans udførelse af

"Verdens største mobilstudie". Det ligger derfor lige for at tro, at det skyldes, at hans publikationer - og særligt Kohorte studiet - ikke vidner om en sådan ekspertise.

Det fremgår da også, at Kohorte undersøgelsen heller ingen betydning havde for IARCs 2 B klassifikation af RFR som en 2 B kræftisiko, hvilket IARC, som nævnt har beskrevet i The Lancet:

"I denne undersøgelse (den danske Kohorte undersøgelse), hvor man har stølet på abonnement som substitut for mobiltelefon brug, kan dette have resulteret i betragtelig misklassifikation af eksponering" (6).

IARCs afvisning af Christoffer Johansens et als mobilstudie skyldes således, undersøgelsens 3. graverende metodefejl, nemlig, at kohorten slet ikke er undersøgt for RFR eksponering, men kun for om de havde et mobilabonnement. Dette sammenholdt med det faktum, at forskningen er delfinancieret af mobilindustrien og dermed er behæftet med interessekonflikter, hvilket WHO/IARC heller ikke tolererer, turde være en indikation af, at Christoffer Johansens ekspertråd til SST om IARCs 2 B klassifikation af RFR, nok ikke er uhildet. Kan det mon være årsagen til SST's graverende misinformation af Folketinget om, at *"ingen undersøgelser entydigt har påvist en sammenhæng mellem udsættelse for radiofrekvente felter og udvikling af kræft"* (1), hvilket jo er helt og aldeles usandt?

Det er i hvert fald meget skræmmende, at den slags alvorlige misinformationer kan udgå fra SST. Det er derfor min opfattelse, at Folketinget bør sørge for, at der bliver knyttet andre lægefagligt kompetente specialister vedr. elektromagnetiske felter/stråling og kræftisici til SST end Christoffer Johansen. Dvs. specialister, som hverken er knyttet til ICNIRP, hvis forskning ikke er behæftet med interessekonflikter og som ikke selv er involveret i den forskning, de skal vurdere. Kun da er de i stand til at yde Folketinget lægefaglig korrekt og interessefri rådgivning om EMF/EMR og sygdomsrisici.

Den alarmerende himmelflugt i de virkelige tal for hjernekræft i Danmark

Ganske særligt er der et helt akut behov for information, rådgivning og iværksættelse af beskyttelsesforanstaltninger i forhold til den alarmerende øgede incidens i Danmark af den dødelige hjernekræftform gliom, som SST har undladt at informere om i svar på spørgsmål 500. For alt tyder på, at Professor Kundis korrektioner fra november 2011 af den danske Kohorte undersøgelses hjernekræft tal, som afslørede at *"der er høj signifikant øgning af gliom hjernekræft risiko"* i Danmark, som har sammenhæng med mobiltelefoni, holder stik.

For en måned efter - i december 2011 - publicerede Statens Serum Institut cancerstatistikken i Danmark, som nu viste, at hjernetumorer siden 2001 til og med 2010 var øget hos mænd med 40 % og med 29 % hos kvinder. Statistikken viste desuden, at de få cancerformer, regnet pr. 100.000 indbyggere og aldersstandardiseret, hvor dødeligheden var øget, var kræft i mundhule og svælg, bugspytkirtel og hjerne tumorer (28).

Nogle måneder senere lagde Kræftens Bekæmpelse desuden en informationstekst med et diagram ud på sin hjemmeside med en kurve over antallet af hjernetumorer i Danmark i de seneste årtier, som viste en kraftig stigning i antallet af hjernetumorer fra 2005. Og i november 2012 udsendte Kræftens Bekæmpelse så en pressemeddelelse om, at der sker en *"voldsom øgning i nye tilfælde af den aggressive hjernekræftform glioblastom"*(29).

Fra Rigshospitalets neuro-onkologiske afdeling blev overlæge Hans Skovgaard Poulsen citeret i pressemeddelelsen for at udtale:

"Antallet af mænd, der får konstateret den allermest ondartede form for kræft i hjernen (glioblastom), er næsten fordoblet hen over de seneste 10 år. - Vi aner ikke, hvad det skyldes og knokler for at knække koden til en bedre behandling end den vi kan tilbyde i dag. I dag er den gennemsnitlige levetid bare halvandet år, efter diagnosen er stillet"...."Kun knapt hver tiende patient med denne kræftform er i live efter fem år. Antallet af nye tilfælde har været kraftigt stigende hen over den seneste halve snes år, så glioblastom hvert år nu rammer omkring 260 danskere. Og stigningen omfatter især mænd - det er en skræmmende udvikling. Og vi kender

simpelthen ikke årsagen. Derfor må vi meget hurtigt i gang med at få belyst, hvad denne uhyggelige stigning kan skyldes" (29).

Kræftincidensen i hjerne og centralnervesystem i Danmark fra 1990 – 2010

kilde: NORDSCAN 7.12.2012.



Til Microwawe News udtalte Christoffer Johansen: "*Jeg tror data er sande og valide*" og Joachim Schüz, tidligere ansat ved Kræftens Bekæmpelse, medforfatter af det danske Kohorte studie udtalte, at "*der sandelig var grund til bekymring*" og at han ikke kunne forklare det(30).

Siden disse alarmerende nyheder fra for hhv. 1 og 2 år siden om himmelflugten i incidens af den dødelige hjernekræft glioblastom i Danmark, har Statens Serum Institut, Kræftens Bekæmpelse, Hans Skovgaard Poulsen, Joachim Schüz, Christoffer Johansen og ikke mindst Sundhedsstyrelsen været tavse som graven.

Microwawe News udsendte derfor 13. december 2013 artiklen "*Something is Rotten in Denmark - Danish Cancer Society Play Games With Brain Cancer Rates*". Her beskrives, hvordan det på totalt Kafkas vis har været umuligt for Microwawe News, såvel som for den danske IT ekspert Henrik Eiriksson fra Rådet for Helbredssikker telekommunikation (13), at få de danske kræftlæger, Kræftens Bekæmpelse og de danske sundhedsmyndigheder i tale om den alarmerende glioblastom incidens i Danmark og dennes sammenhæng med radiofrekvent stråling fra bl.a. mobiltelefoni (30).

Microwawe News beskriver, at det langt om længe lykkedes at få Christoffer Johansen i tale og at han i en lang række mails i december 2013 forklarede til Microwawe News, at Skovgaard Poulsen lavede en fejl, da han sidste år rapporterede, at glioblastom incidensen øger og at Kræftens Bekæmpelses pressemeddelelse herom også var forkert (30).

"*Så hvad er sandt og falsk her*", spørger Microwawe News? Er antallet af glioblastom tilfælde i Danmark fordoblet i det seneste årti, som Skovgaard Poulsen annoncerede sidste år? Hvis ikke, hvad har så ændret sig? Det spurgte Microwawe News Christoffer Johansen om, men han ville ikke, eller kunne ikke svare, skriver Microwawe News (30).

Hele forløbet er mere end mystisk og jeg må derfor også spørge: hvad foregår der i Danmark? Er antallet af maligne hjernekræft tilfælde øget dramatisk, men skjules det af Kræftens Bekæmpelse og Christoffer Johansen? Og hvis glioblastom incidensen faktisk øges dramatisk i Danmark, hvorfor ved så hverken SST's konsulent og medarbejder i Kræftens Bekæmpelse Christoffer Johansen eller tidligere ansat i Kræftens Bekæmpelse og deltager i Kohorte studiet Joachim Schüz eller ledende neuro-onkolog på Rigshospitalet Hans Skovgaard Poulsen ikke, at den øgede hjernekræft incidens kan være forårsaget af mobiltelefoni? De er jo alle fuldt orienterede om, at IARC i 2011 klassificerede den radiofrekvente stråling fra bl. a. mobiltelefoni som en 2 B kræftfremkaldende agens, netop på baggrund af den øgede gliom og akusticusneurinom incidens, som Interphones og

Hardells undersøgelser dokumenterer er en følge af eksponering for RFR fra trådløs telefoni, herunder mobiltelefoni?

Og frem for alt, hvorfor er Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg ikke blevet informeret herom i SST's svar på spørgsmål 500? Deltager SST i et veritabelt cover-up af den egentlige gliom incidens i Danmark, så politikere og offentligheden ikke får kendskab til, at danskerne allerede de sidste 10 år er blevet stærkt øget syge og er døde af gliom hjernekræft som har en klar sammenhæng med mobiltelefoni?

Alt tyder desværre på, at det lige netop er, hvad der foregår. For lige før nytår 2014 publicerede Statens Serum Institut den nyeste cancerstatistik og den dokumenterer, at øgningen i de nye incidens tal for kræft i hjernen og centralnervesystemet er endnu større end de 40 % for mænd og 29 % for kvinder fra 2001 - 2010 som Cancerregistret kom ud med i 2011. I dag 2 år senere viser cancerstatistikken en endnu større øgning i hjernekræft incidensen fra 2003 - 2012 på 41,2 % for mænd og helt dramatisk på 46,1 % for kvinder (31).

Der medfølger imidlertid ingen kurve over hjernekræft udviklingen i Cancerregistrets seneste rapport, som der gør ved flere af de andre cancerformer, hvilket er underligt. Det er også meget mærkeligt, at Cancerregistret ikke udspecificerer, hvor mange af disse stærkt stigende incidenstal, der udgøres af gliomer.

Det mest ejendommelige er dog den medfølgende tekst. Her skriver Statens Serum Institut:

"Over perioden 2003-2012 ses en generel stigning for begge køn. For mænd er stigningen 41,2 % og for kvinder 46,1 % i incidensrater. Ved denne sygdomsgruppe skal man være generelt opmærksom på, at der er en effekt af stadig bedre billeddiagnostiske muligheder og generelt større anvendelse af disse muligheder i forbindelse med udredning også for andre sygdomme. Der vil således formentlig være et stigende antal "tilfældige fund" som følge af generelt øget diagnostisk aktivitet for eksempel som følge af screening eller anden sygdom" (31).

Jeg finder denne argumentation særdeles mystisk. Hvorfor har Statens Serum Institut kun skrevet sådan i forbindelse med den øgede hjernekræft incidens? Når man dog må formode, at de billeddiagnostiske muligheder er blevet bedre generelt og derfor må gælde alle kræftformer? At *"tilfældige fund"* skulle være forklaringen, hævdes ikke ved nogen af de andre kræftformer, hvilket i givet fald jo også måtte gælde for dem. Desuden er det ikke korrekt, at de billeddiagnostiske muligheder var så meget bedre før 2003. Både CT-, MR-, SPECT-, PET-skanning og ultralyd var opfundet og anvendtes også dengang i billeddiagnostikken.

Så hvad er det, der i den forbindelse er specielt ved hjernekræft, at det kun er den kræftform, Statens Serum Institut går ud og taler om *"tilfældige fund"* ved og dermed nedtoner den stærkt øgede incidens for? For ikke at tale om, når det drejer sig om glioblastomer, så vil de uanset - i og med gennemsnit overlevelsestiden efter diagnostisering er godt 1 år - før eller siden blive opdaget - om ikke før så når patienten dør - så hvordan kan man tale om *"tilfældige fund"*?

Det der altså står mellem linierne i Cancerregistrets 2013 rapport er, at man ikke kan regne med de stærkt øgede incidensrater for hjernekræft, da incidenstallene p.gr.a. af dårligere billeddiagnostik før 2003 nok var højere. Statens Serum Institut antyder således, at incidensstigningen på 41,2 % for mænd og 46,1 % for kvinder fra 2003-2012 for hjernekræft ikke er reel!

Det lugter langt, langt væk. Hvad med de øgede incidenstal fra 2011 var de så også ikke reelle? Og hvad med Kræftens Bekæmpelses udtalelse i 2012, at der sker en *"voldsom øgning"* af aggressive hjernekræft tumorer i Danmark? Og udtalelsen fra neuro-onkolog på Rigshospitalet Hans Skovgaard Poulsen: *"Det er en skræmmende udvikling. Og vi kender simpelthen ikke årsagen. Derfor må vi meget hurtigt i gang med at få udredt, hvad denne uhyggelige stigning skyldes"*. Men selvfølgelig, alle disse udtalelser har Christoffer Johansen jo fortalt til Microwawe News var forkerte. Så behøver man jo heller ikke beskæftige sig med *"at få udredt, hvad denne uhyggelige stigning skyldes"* - vel?

Som ovenfor nævnt korrigerede Professor Michael Kundi fra Wiens Medicinske Universitet tilbage i 2011 den danske Kohorte undersøgelse for de falske og manipulerede data, som bl.a. SST's konsulent Christoffer Johansen var mand for. Det bevirkede, at den danske Kohorte undersøgelse fra 2006, i stedet for at komme ud med det falske resultat: at risikoen for hjernekræft formindskes ved mobiltelefoni i 10 år, rent faktisk viste, at der er "*en høj signifikant øgning af gliom hjernekræft risiko*" i Danmark som følge af mobiltelefoni (23). Det stemmer helt overens med Kræftens Bekæmpelses og Nordscans kurve i 2012 af hjernekræft tilfælde i Danmark, som netop viste en kraftig stigning i antallet af hjernetumorer fra 2005. Det stemmer også helt overens med Interphones og Hardells undersøgelsesresultater vedr. mobiltelefoni og hjernekræft (2, 3, 4). Og endelig stemmer det helt overens med de spritnye hjernekræfttal fra 2013 fra Statens Serum Institut, hvor stigningen i incidens er endnu større (31). Desuden stemmer denne stigning i hjernekræft tilfælde også overens med nye tal fra andre lande (32).

Alt tyder derfor på, at også Statens Serum Institut tilsyneladende deltager i den institutionelle korrupsion, så den øgede dødelige hjernekræft incidens i Danmark skjules m.h.p. at den kausale sammenhæng med mobiltelefoni ikke kommer til offentlighedens kendskab. Der er i sandhed noget pilråddent i Danmark!

For at kunne vurdere omfanget af og formålet med denne mørklægning af den stærkt stigende hjernekræft incidens i Danmark, og den institutionelle korrupsion den er udtryk for, skal den efter min opfattelse, ses i sammenhæng med de nordiske landes strålingsmyndigheders helt igennem usande fælleserklæring om, at radiofrekvent stråling under ICNIRPs grænseværdier ingen sundhedsrisici medfører, som udsendtes samme dag som Statens Serum Institut udsendte den nye cancerstatistik (31).

Denne timing tyder på, at nedtoningen af den stærkt stigende hjernekræftincidens i Danmark i Statens Serum Instituts rapport, skulle tjene som "*damage control*", så de nordiske landes strålingsmyndigheders helt igennem usande fælleserklæring om, at RFR ikke er det mindste sundhedsskadelig (33), ikke skulle blive skudt i sænk af de nye skræmmende danske hjernekræfttal. Spørgsmålet er, om det virkelig kan tænkes, at der foregår den slags uhyrlige institutionel korrupsion i Danmark, hvor sundhedsmyndighederne går så langt, at de skjuler nye skræmmende stærkt stigende hjernekræft incidens tal for at bakke op om den forfalskede nordiske fælleserklæring om, at radiofrekvent stråling ved ICNIRPs grænseværdier fra mobiltelefoner, mobilmaster og trådløse netværk er helt ufarlig, så fælleserklæringen kan fremstå som korrekt?

Kan det virkelig være sandt? Meget tyder desværre på, at det er den virkelighed vi står i.

Lavfrekvente elektromagnetiske felter ELF EMF forårsager også kræft

I SST's svar på spørgsmål 500 skriver SST om WHO's holdning til EMF-relaterede helbredsproblemer og IARC's 2 B klassifikation af RFR, at

"denne gennemgang har udelukket andre kræftformer bortset fra de to her omtalte (dvs. gliomer og kræft på hørenerven)"

hvilket er korrekt. Men SST glemmer i samme moment at informere om, at WHO/IARC i 2001 klassificerede ekstremt lavfrekvente elektromagnetiske felter ELF EMF fra højspændingsledninger, strømforsyningen, transformatorer, maskiner etc. også som en 2 B kræftisiko agens - dvs. 10 år før kategoriseringen af RFR som 2 B.

I de 12 år der er gået siden da, har de danske sundhedsmyndigheder intet gjort for at beskytte befolkningen for helbreds-skader og sygdom, herunder mod leukæmi, brystkræft, Alzheimers, EHS og ALS, som forskningen dokumenterer, kan være en følge af ELF.

Siden 1979 har det været påvist i talrige videnskabelige undersøgelser, at der er statistisk signifikant sammenhæng mellem eksponering for højspændingsledninger (bopæl indenfor 500 m) og leukæmi (blodkræft), særligt hos børn. Det var denne evidens, der fik WHO/IARC til i 2001 langt om længe at klassificere ELF EMF fra højspændingsledninger, ledningsnettet, transformatorer, motorer etc. til en 2 B kræftisiko. Igen handler det ikke kun om højspændingsledningen, men al eksponering for

ELF EMF, for IARC klassificerer agens - ikke apparatur eller ledninger. At Sundhedsstyrelsen ikke oplyser dette i svar på spørgsmål 500 er en alvorlig misinformation af Folketinget!

Evidensen vedr. kræfttrisci fra lavfrekvente elektromagnetiske felter ELF EMF er siden 2001 øget enormt. I dag dokumenterer over 42 videnskabelige undersøgelser, at der ikke eksisterer nogen anden miljøpåvirkning, som kommer op på siden af ELF EMF udover radioaktiv stråling, hvor det i så høj grad er fastslået, at der er klar sammenhæng mellem eksponering og leukæmi. Dertil kommer, at evidensen stadig også øges for en sammenhæng mellem eksponering for ELF EMF og andre kræftformer bl.a. brystkræft (12). At ELF EMF også udgør en klar risiko for EHS og Alzheimers har længe været dokumenteret. (12). Men siden 2001 er det lykkedes SST at mørklægge disse sammenhænge.

Internationale eksperter bl.a. Professor Michael Kundi, vurderer derfor, at der i dag er tilstrækkelig evidens fra epidemiologiske undersøgelser, som dokumenterer en øget kræfttrisiko ved eksponering for ELF EMF (strømforsynings magnetfelt frekvens, dvs. 60 og 50 Hz), som ikke kan tilskrives tilfældigheder, bias eller sammenblanding. Ifølge IARCs regler, kan sådanne eksponeringer derfor blive klassificeret som en gruppe 1 kræftfremkaldende agens "*kendt kræftfremkaldende*" (12).

I over 30 år har både internationale og nationale sundhedsmyndigheder ignoreret kræfttrisiko fra magnetfelter og Kundi tilføjer, at

"der findes ikke andre kendte risikofaktorer, hvor sådanne usandsynlige betingelser er blevet fremmet, for at forsinke eller benægte nødvendigheden af at tage forholdsregler for at reducere eksponeringen. Som et skridt hen imod beskyttelse må der gennemføres opmålinger for at garantere, at eksponering fra transmission og distribueringslinier er under et gennemsnit på 1 mG (milliGauss)" (12).

ICNIRPs nuværende grænseværdier for ELF EMF som Danmark retter sig efter, er på 1000 milliGauss - altså 1000 gange højere end de niveauer som forårsager bl.a. leukæmi hos børn. Det er bl.a. grunden til, at Europarådet (34), Europaparlamentet (35). EEA (36) og en lang række læge- og forskergrupper (12, 37) anbefaler, at de enkelte lande iværksætter deres egne beskyttelsesforanstaltninger.

På den baggrund skal jeg opfordre Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg til hurtigt at gennemføre beskyttelsesforanstaltninger baseret på opmålinger både for befolkningen generelt og for svage gruppers eksponering for RFR såvel som for ELF EMF for at forebygge kræft i overensstemmelse med IARCs, Europaparlamentets, Europarådets, EEAs og internationale læge- og forskergrupperes retningslinier.

KAPITEL 4. SPØRGSMÅL 501

"Det er helt klart, at forskellige biologiske ændringer, herunder immunsystem moduleringer er tilstede hos elektrohypersensitive personer. Der må være en ende på den vidt udbredte nonchalante, ligegyldighed og mangel på dybtfølt respekt for disse personers forfærdelige situation. Det er tydeligt, at der er sket og sker noget alvorligt. Hvert eneste aspekt i elektrohypersensitive personers liv, herunder at være i stand til at arbejde produktivt i samfundet, have sunde relationer og finde en sikker, permanent bolig er på spil. Livets basale grundlag bliver i stadig større udstrækning uopnåeligt for en øget procentdel af verdens befolkning. Jeg råder kraftigt alle regeringer til at tage problemet vedr. elektromagnetiske helbredsskader alvorligt og handle mens der stadig er tid."

Professor Olle Johansson
The Experimental Dermatology Unit,
Department of Neuroscience
Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Elektromagnetisk stråling og EHS

I kapitel 2 beskrev jeg, hvordan omfangsrig forskning, udført af bl.a. russiske forskere og det amerikanske militær siden 1960'erne og før har dokumenteret, at elektromagnetiske felter/stråling ved ikke-termiske strålingsniveauer langt under ICNIRP's grænseværdier forårsager svære helbredsskader og sygdom, bl.a. kræft og EHS (ElectroHyperSensitivity). Det amerikanske militærs våbenudviklings-programmer har særlig fokus på EHS, idet EHS er en skade/sygdom, som opstår hurtigt ved bestråling, hvorimod kræft tager lang tid for at udvikles. Den ikke-termiske elektromagnetiske stråling som et våben er derfor særlig beregnet på at fremkalde EHS hos fjenden, så denne uskadeliggøres. I 1960'erne og før kaldtes sygdommen "mikrobølgesyndromet" eller "radiobølgesyge", men i dag kaldes den EHS (ElectroHyperSensitivity), EMF syndrom eller EFI (Electromagnetic Field Intolerance), på dansk el-overfølsomhed.

EMF/EMR trænger ind i kroppen, hvis milliarder af celler alle fungerer ved svage elektriske impulser. Her interfererer den som informationssignaler med denne kroppens egen naturlige og fundamentale elektriske aktivitet og informationssignaler. Det medfører skader og ændringer i funktion og udvikling i centralnervesystemet, det autonome nervesystem, det perifere nervesystem, det kardio-vaskulære system, immunsystemet, reproduktionssystemet m.m., hvorved cellemembraner gennemtrænges, cellestrukturer, herunder DNA ødelægges, neurotransmission forstyrres og hormonindhold i hjernen ændres, blodhjerne-barrieren åbnes, blodgennemstrømning i hjernen nedsættes, kroppens metabolisme forstyrres, oxidativ og nitrosativ reguleringskapacitet reduceres samt mange andre skader og forstyrrelser.

Kroppen rammes således på mange niveauer. Det bevirker, at de syge får multiple symptomer enten øjeblikkeligt men oftere forsinket, når kaskader af patologiske virkninger sættes i gang. Alt efter eksponeringens varighed, akkumulering og repetition samt individuel sårbarhed som følge af tidligere eksponeringer, vil symptomerne, hvis sværhedsgrad derfor også er meget forskellige, klinge af i løbet af meget forskellige tidsrum, hvis eksponeringen ophører. Hvis eksponeringerne fortsætter vil symptomerne forværres.

De symptomer, de syge oplever, indbefatter derfor også multiple neurologiske/neuropsykologiske/kropslige symptomer bl.a. hovedpine, svimmelhed, smerter, utilpashed, træthed, udmattethed, depression, stress, irritabilitet, søvnløshed, koncentrations-, hukommelses- og opmærksomhedsforstyrrelser, kramper, åndenød, hjertebanken, langsom hjerterytme, forhøjet blodtryk, hårtab, bihuleproblemer, hudproblemer, øjenproblemer, lys- og lydoverfølsomhed og andre symptomer. Da alle i dag bliver eksponeret for meget høje radiofrekvente/mikrobølgefrekvente strålingsintensiteter fra den trådløse telekommunikationsteknologi, men også for lavfrekvente elektriske felter og magnetfelter fra el-

installationer og elektronisk udstyr af enhver art, er disse symptomer eksploderet i befolkningen. (se referencer nr. 39-79 i kapitel 1).

SST redegør ikke for den Østrigske Lægeforenings retningslinjer

På den baggrund afleverede psykolog Susanne Bølling og jeg ved foretræde for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg 19. marts 2013 Den Østrigske Lægeforenings *"Retningslinier for diagnosticering, forebyggelse og behandling af EMF-relaterede helbredsproblemer og sygdomme (EMF syndrom)"* fra 2012 i dansk oversættelse af læge John Jalving (1). Det gjorde vi, fordi der eksisterer en næsten total uvidenhed i Danmark om EHS, som er en meget alvorlig helbredsmæssig følge af eksponering for EMF/EMR. Denne uvidenhed skyldes først og fremmest, at SST gennem årtier har misinformeret om EHS. I dag bliver mange EHS-ramte derfor fejl-diagnosticeret som lidende af en "funktionel lidelse", dvs. som psykisk syge. Det er et uacceptabelt statsautoriseret overgreb på alvorligt fysisk syge mennesker, som ingen steder hører hjemme i Danmark og vi bad om, at Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer for fremtiden må være gældende i Danmark.

På den baggrund stillede Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg spørgsmål 501 til Sundhedsministeren:

"Den Østrigske Lægeforening har i marts 2012 udsendt en vejledning til læger om diagnosticering, forebyggelse og behandling af sundhedsskader forårsaget af radiofrekvent stråling fra trådløse teknologier. Vil ministeren redegøre for denne vejledning?"(2).

I svar d. 21. maj 2013 svarer SST imidlertid udelukkende med faktisk forkerte oplysninger og tilbageholdelse af oplysninger. Faktisk er svaret et helt igennem manipulerende "ikke-svar". For SST redegør slet ikke for Den Østrigske Lægeforenings EMF syndrom/EHS retningslinjer, som Sundheds- og Forebyggelsesudvalget beder om i spørgsmål 501.

SST skriver:

"Den Østrigske Lægeforenings EMF arbejdsgruppe har udarbejdet den refererede vejledning. Vejledningen fra denne private faglige organisation er rettet mod klinisk personale og beskriver foreningens anbefalinger til klinisk personale, der står overfor en patient, der mener at være påvirket af radiofrekvent elektromagnetisk stråling"(2).

1. manipulation: mistænkeliggørelse

SST indleder her med den eneste korrekte, men irrelevante oplysning, at Den Østrigske Lægeforening er en privat faglig organisation. Formålet med denne bemærkning er selvfølgelig på forhånd at mistænkeliggøre Den Østrigske Lægeforening og dens EMF syndrom/ EHS retningslinjer. Bemærk, at denne mistænkeliggørelse foretager SST ikke af ICNIRP. Tværtimod retter SST sig i et og alt efter ICNIRP's grænseværdier for EMF/EMR (se kapitel 2), selvom ICNIRP også er en privat organisation, som ovenikøbet, til forskel fra Den Østrigske Lægeforening, er sponsoreret af el- og telekomindustrien og dermed har interessekonflikter.

At Den Østrigske Lægeforening er en privat faglig organisation er helt almindeligt - det er Den Almindelige Danske Lægeforening også og det ændrer ikke et komma ved deres integritet, kompetence og standarden af deres publikationers lægefaglighed. Fx udgives "Ugeskrift for Læger" af Den Danske Lægeforening. Man må gå ud fra, at SST anerkender disse tidsskrifts publikationer, især da SST i svar på spørgsmål 498 selv henviser til en publikation i Ugeskriftet af en undersøgelse af 400.000 danske mobilabonnenters indlæggelse for hovedpine og svimmelhed, foretaget af bl.a. SST's egen konsulent Professor Christoffer Johansen (3). Det hedder her:

"Undersøgelsen dokumenterede, at der var en statistisk signifikant højere forekomst af indlæggelser for svimmelhed og migræne blandt disse personer sammenholdt med befolkningen i øvrigt" (4).

Men SST oplyser ikke, at svimmelhed og hovedpine netop er en del af EMF syndrom/EHS' symptomatologi - ofte de initiale symptomer på sygdommen. SST henviser altså selv til en

publikation fra en privat faglig organisation, der dokumenterer, at der er statistisk signifikant højere forekomst af indlæggelse for EMF syndrom/EHS symptomer hos mobiltelefon brugere end hos personer, som ikke bruger mobiltelefon. At mobiltelefonbrugere altså har statistisk signifikant højere forekomst af EHS symptomer end ikke-mobilbrugere, undlader SST således at oplyse. Hermed tilbageholder SST vigtig information om sammenhængen mellem EHS og mobiltelefoni for Folketinget.

SST's forsøg på at desavouere Den Østrigske Lægeforening, "*som en privat faglig organisation*" og dermed dens retningslinjer for diagnosticering og behandling af EHS kommer ikke til at lykkes. For lægeforeningens EHS retningslinjer er så vigtige og deres lægefaglige standard så høj, at de i fremtiden ikke kun skal anvendes af Østrigske læger, idet de fra og med oktober 2013 befinder sig i en opdateringsproces i Det Europæiske Akademi for Miljømedicin (EUROPAEM). Det betyder, at retningslinjerne altså i fremtiden skal anvendes af alle Europas miljølæger. Et første møde i EUROPAEM har fundet sted og det vurderes, at EUROPAEMs EMF retningslinjer for diagnosticering og behandling af EMF relaterede helbredsproblemer og sygdomme (EMF syndrom/EHS/el-overfølsomhed) vil være færdige og publiceret indenfor et år (5).

2. manipulation: referatfusk

Det sætter unægteligt SST's "ikke-svar" til Folketinget vedrørende Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer i et endnu skarpere relief. For ikke bare manipulerer SST, styrelsen misinformerer også direkte aktivt og villet om retningslinjernes indhold ved at referere forkert, hvad der faktisk står i dem. Således skriver SST, at retningslinjerne:

"beskriver foreningens anbefalinger til klinisk personale der står overfor en patient, der mener at være helbredsmæssigt påvirket af radiofrekvent stråling"(2). (Min understregning).

Denne "oplysning" er imidlertid decideret referatfusk, for det står der ingenting om i retningslinjerne. Det der derimod står om foreningens anbefaling til klinisk personale er:

"læger bliver ofte konfronteret med uspecifikke klager uden klart definerede årsager. Der er mistanke om, at miljøforhold med stigende eksponering af befolkningen - fra radiobølger eksempelvis fra trådløse telefoner, mobilmaster, mobiltelefoner, GPRS, UMTS, datakort til bærbare computere og trådløse netværk (WLAN) samt udsættelse for elektriske felter og magnetfelter fra el-ledninger, enheder og udstyr kan spille en afgørende rolle (Blake Levitt og Lai 2010). For lægestanden rejser dette nye udfordringer i forhold til diagnose og behandling. Et centralt spørgsmål for at finde årsagen til symptomerne er en vurdering af variationen i helbredsproblemerne afhængigt af tidspunkt og sted, som er særligt relevant for miljøårsager som EMF eksponering" (s. 1) (1, 6) (min understregning).

Bemærk venligst, at den mistanke om en årsagssammenhæng mellem patienternes uspecifikke klager og påvirkning fra EMF/EMR ikke beskrives i retningslinjerne som kommende fra patienter sådan som SST misinformerer om - "*en patient der mener at være helbredsmæssigt påvirket af RFR*" - men derimod fra læger og EMF-forskere (litteraturhenvisning til Levitt og Lai oa).

Retningslinjerne påpeger altså faktisk og eksplicit det helt modsatte af hvad SST oplyser, nemlig at klinisk personale bliver konfronteret med patienter, der har "*uspecifikke klager uden klart definerede årsager*". Dvs. klinisk personale står overfor patienter, der klager over multiple neurologiske/neuropsykologiske/kropslige symptomer, hvis årsag hverken lægerne eller patienterne kan pege på.

Når SST derfor oplyser til Folketinget, at Den Østrigske Lægeforenings EMF syndrom retningslinjer er en vejledning til klinisk personale, der "*står overfor en patient som mener at være helbredsmæssigt påvirket af radiofrekvent stråling*", er det en alvorlig misinformation.

Det retningslinjerne adresserer, er i stedet det alvorlige og stærkt stigende problem, som psykolog Susanne Bølling og jeg gjorde Folketinget opmærksom på i brev 3. marts og ved foretræde 19. marts 2013, at læger (og psykologer) oftere og oftere konfronteres med patienter, som lider af

multiple neurologiske/neuropsykologiske/kropslige symptomer, som hverken patienterne eller lægerne ved, hvilken sygdom de er udtryk for, eller hvad de skyldes.

Det er faktisk derfor Den Østrigske Lægeforening har udfærdiget og Det Europæiske Akademi for Miljømedicin (EUROPAEM) nu opdaterer disse EMF-syndrom/EHS retningslinjer til alle Europas miljølæger, fordi et alarmerende antal mennesker over hele verden er i færd med at få deres helbred skadet af EMF/EMR, uden nogen er klar over det - heller ikke patienterne selv, da det er et fåtal af de syge, som selv finder ud af, at deres symptomer og sygdom er overfølsomhed overfor elektromagnetisk stråling. Det bevirker, at de syge ikke får nogen som helst relevant lægelig-medicinsk udredning, diagnosticering eller behandling, som først og fremmest består i afskærmning mod yderligere bestråling. Det medfører, at stadig flere mennesker får skadet deres helbred irreversibelt og bliver alvorligt funktionshandikappede. Det er på høje tid, at lægestanden tager dette stærkt stigende helbredsproblem særdeles alvorligt bl.a. ved at kortlægge den miljøeksponering fra EMF/EMR patienterne er udsat for.

3. manipulation: fortielse af den alarmerende EHS incidens

EHS er ikke en ny sygdom, men har, som nævnt, været kendt af russiske forskere og det amerikanske militær helt tilbage til 1960'erne og endda før. Også SST har kendt til EHS i meget lang tid og i 2000 klassificerede Nordisk Ministerråd EHS som en erhvervsrelateret symptom-baseret diagnose (ICD 10). I Sverige har EHS/el-overfølsomhed i mange år været et anerkendt funktionshandikap og allerede i 1999 anslog de svenske myndigheder, at 3,1 % af Sveriges befolkning, svarende til 280.000 personer var EHS-ramte. I 2002 anslog det svenske arbejdslivsInstitut, at 12,5 % af alle svenske elektronikingeniører var EHS-ramte (7). Siden da har helbredsproblemer som følge af eksponering for EMF/EMR været stærkt stigende også i Danmark. Det er en virkelighed SST udmærket kender til, men som Styrelsen gentagne gange gennem årene har mørklagt med sine misinformationer (2, 8, 9 10, 11, 12, 13).

WHO har naturligvis også længe kendt til EHS og har adresseret sygdommen flere gange. WHO har imidlertid også gennem årene misinformeret groft om EHS og faktisk er det herfra SST har sine misinformationer. Det vender jeg tilbage til. På møde i WHO d. 13. maj 2011 mellem internationale MCS (Multiple Chemical Sensitivity) og EHS (Electro Hyper Sensitivity) forskere og læger gav WHO udtryk for et kursskifte i forhold til EHS + MCS.

I referat herfra hedder det:

"Vi står overfor meget høje antal mennesker som allerede er diagnosticeret. Mellem 12 % -15 % af befolkningerne har en eller anden forstyrrelse, når de udsættes for kemiske stoffer. For EHS udgør tallene for de ramte mellem 3 % - 6 % af befolkningerne, men disse tal øger kontinuerligt" (14).

Til forskel fra tidligere WHO udtalelser om EHS + MCS, indrømmede WHO på mødet i 2011 desuden at:

"WHO er klar over den sammenhæng, der er mellem visse sygdomme og miljøfaktorer."

På mødet blev det desuden klargjort, at EHS og MCS er reelle fysiske helbredsproblemer, forårsaget af eksponering for hhv. EMF/EMR og kemiske stoffer. Dette bekræftes af medicinsk diagnostik og rapporter, som har dokumenteret, at der er en årsagssammenhæng mellem eksponering for EMF/EMR og kemiske stoffer og sygdommene (14,15). Den videnskabelige litteratur som dokumenterer den årsagsmæssige sammenhæng mellem EHS-ramtes symptomer, patofysiologiske fund og eksponering for EMF/EMR er omfangsrig og er bl.a. listet op i de 40 referencer (nr. 39-79) i kapitel 1.

Der blev desuden holdt et lignende møde om EHS i EU-kommissionen i maj 2013 med repræsentanter for International EMF Alliance (IEMFA) (16).

I 2011 anslog WHO altså, at 3 - 6 % af befolkningerne er EHS-ramte. Med udgangspunkt i tallene fra Danmarks Statistik har Kim Horsevad i sin rapport om smartmeters udregnet, at det svarer til, at mellem 186.705 – 337.410 danskere led af EHS i 2011 (17). Det er godt, at Kim Horsevad kan komme med et estimat for EHS forekomst i Danmark, for der findes ingen officielle danske tal. Til

forskel fra i mange andre lande, hvor sundhedsmyndighederne har gjort sig den ulejlighed at registrere EHS forekomst, har de danske myndigheder totalt ignoreret problemet og benægtet at EHS har nogen sammenhæng med eksponering for EMF/EMR (8-13).

På mødet i 2011 angav WHO desuden, at forekomsten af EHS på 3 - 6 % øger kontinuerligt. Den må derfor i dag være højere, også i Danmark. Op gennem 00'erne anslog læger og myndigheder, i Schweiz, Tyskland, Irland, England, USA, Canada, Sverige og Sydkorea, at mellem 3-10 % af befolkningerne var el-overfølsomme (7). Tallene er dog behæftet med usikkerhed og vedrører desuden udelukkende individer, som selv er klar over, at deres helbredsproblemer skyldes eksponering for EMF/EMR og derfor kan angive, at de har EHS. Mørketallet af mennesker, som ikke selv var klar over, at deres helbredsproblemer hænger sammen med eksponering for EMF/EMR har altså været meget større. Fx anså 5 % af den schweiziske befolkning sig i 2005 for at være el-overfølsomme, ifølge en undersøgelse foretaget af de schweiziske miljømyndigheder. Men i 2009 udtalte leder af den berømte schweiziske Paracelsus Klinik, Thomas Rau, at 3-8 % af befolkningen havde svære symptomer på EHS, mens 35 % havde udviklet lettere symptomer på EHS (7).

Forskerne Hallberg og Oberfeldt indsamlede også i 2005 data for forekomsten af EHS fra 90'erne og 00'erne fra Østrig, Tyskland, England, Irland, Sverige, Schweiz og USA for mennesker som anså sig selv for at lide af EHS. De indførte derpå årstal og procenter i en distributionsgraf og extrapolerede forekomsten af EHS ud i fremtiden. Grafen viste - særdeles uhyggeligt - at 50 % af befolkningerne vil lide af EHS i 2017(18).

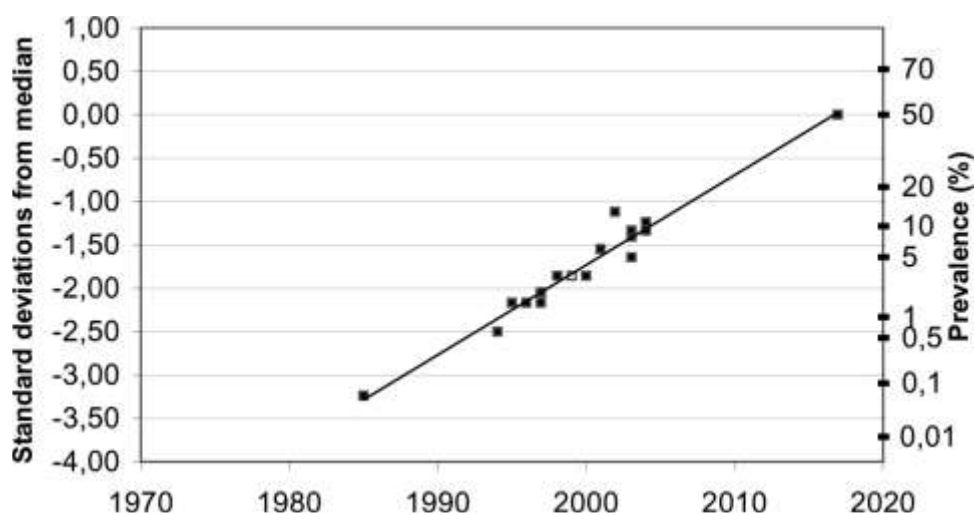


Figure 1. The prevalence (%) of people around the world who consider themselves to be electrosensitive, plotted over time in a normal distribution graph. The endpoint at 50% is an extrapolated value. Variation explained is 91%, the endpoint not included.

Denne fremskrivning af EHS forekomst på 50 % i 2017 vedrører imidlertid mennesker som selv anser, at de lider af EHS. Det betyder, at hvis ovenstående antagelse om et meget stort mørketal holder stik, peger titlen på Hallbergs og Oberfeldts artikel "*Will we all become electrosensitive?*" på et frygteligt fremtidsscenario.

4. manipulation: misinformation om, at EHS ikke er EMF-udløst

Men i Danmark ved ingen noget som helst om denne forfærdelige epidemiske trussel mod folkesundheden, for SST har i årtier helt bevidst ignoreret EHS dels ved at undlade at registrere EHS forekomsten i Danmark og dels ved at misinformere om, at EHS ikke hænger sammen med eksponering for EMF/EMR, men er en psykisk lidelse. Det har SST gjort mange gange og senest i

en sætning i svar på spørgsmål 501, som intet har at gøre med en redegørelse for Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer (2,8,9,10,11,12,13). SST skriver:

"Sundhedsstyrelsen oplyser desuden, at der ikke er tvivl om, at personer kan føle sig påvirket ved udsættelse for elektromagnetiske felter, men det har ikke i videnskabelige studier været muligt at systematisk eftervise en række af de symptomer, som mennesker, der selv oplever at lide af elektrisk overfølsomhed, tillægger udsættelse for elektromagnetiske felter" (2).

Disse påstande fra SST, at EHS kun er noget mennesker "føler" og "tillægger" udsættelse for EMF, men som ikke har forbindelse med eksponering for EMF/EMR, fordi videnskabelige studier ikke har kunnet dokumentere, at mennesker der lider af EHS får de symptomer de siger de får og at EHS derfor er en "funktionel lidelse" dvs. en psykisk sygdom (12) er usande fra ende til anden.

En lang række videnskabelige studier dokumenterer nemlig, at de EHS ramtes symptomer modsvares af en lang række patofysiologiske ændringer og skader, som opstår når de eksponeres for EMF/EMR, dvs. at der er direkte årsagssammenhæng mellem de multiple neurologiske/neuropsykologiske/kropslige symptomer de EHS ramte lider af, patofysiologiske fund og eksponering for EMF/EMR (referencer nr. 39-73 i kapitel 1). SST misinformerer altså groft om EHS.

Som en følge heraf påstår de danske sundhedsmyndigheder i dag, at ingen tilsyneladende ved hvad det skyldes, at mindst 300.000 danskere lider af multiple neurologiske/neuropsykologiske/kropslige symptomer og ikke kan fungere. Det svarer til ca. 6 % af den danske befolkning, dvs. nøjagtigt det antal, som WHO i 2011 anslog havde EHS/EMF syndrom, som vel at mærke skyldes EMF-eksponering. Hvis de danske sundhedsmyndigheder derfor vil holde fast i, at disse 300.000 danskere ikke lider af EHS, må man spørge, hvor er så de 3-6 % der har EHS?

Det tyder imidlertid på, at de fleste af alle disse hundrede, tusinder danskere efter al sandsynlighed faktisk lider af EHS. Men i Danmark skjules det, at disse mennesker er miljøsyge. I stedet bliver de diagnosticeret som lidende af en somatoform lidelse, som kaldes "IEI"/"funktionelle lidelser" (19). I mange andre lande, hvor der i årevis har været langt større åbenhed om både EMF/EMR skadevirkninger og EHS, dæmrer det nu, at de mange syge er skadet af EMF/EMR, hvilket fremgår af og ligger bag Den Østrigske Lægeforenings retningslinjer (1). Men i Danmark, hvor SST i årevis og også i svar på spørgsmål 501 bliver ved med at lægge låg på og misinformere om EHS, er det et forsvindende antal af de ramte selv såvel som læger, som aner noget som helst om en årsagssammenhæng mellem multiple neurologiske/neuropsykologiske/ kropslige symptomer og eksponering for EMF/EMR.

De EHS ramte er derfor en totalt ekskommunikeret patientgruppe, som ingen hjælp får i Danmark, hverken til deres - ofte svære - sygdom eller funktionshandikap. I Sverige er EHS som nævnt et anerkendt funktionshandikap og de ramte kan derfor få hjælp til at kunne eksistere, færdes og inkluderes i samfundet, som FN's Handikapkonvention sikrer dem. Det indebærer bl.a. hjælp til el-sanering af bolig, arbejdsplads og hospitalsrum og andre hjælpeforanstaltninger. Men i Danmark kan de EHS ramte fuldkommen sejle deres egen sø. De betragtes som pariaer og personae non gratae og får ingen relevant lægehjælp eller handikaphjælp. Mange oplever ovenikøbet at blive afvist og latterliggjort af læger og kommunalansatte, når de henvender sig for hjælp.

I stedet får de psykiatere og psykologer, som er fortalere for begrebet "funktionelle lidelser" carte blanche af SST og økonomiske midler af bl.a. Trygfonden til at diagnosticere de EHS ramte psykiatrisk og til at manuducere de praktiserende læger i denne misinformation (19,20). Det er en klokkeklar krænkelse af de EHS ramtes menneskerettigheder. Der mangler således en reel viden i Danmark om EHS og de EHS ramtes vilkår, hvilket var baggrund for Susanne Bøllings og mit foretræde for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg d. 19. marts 2013 (21).

5. manipulation: fortielse af formålet med retningslinjerne

Det var også grunden til, at vi afleverede Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer til Folketinget. Formålet med retningslinjerne er netop at tilvejebringe denne viden om EHS og EMF

skadevirkninger, så alle læger i fremtiden kan blive i stand til at differentialdiagnosticere, forebygge og behandle EMF-syndrom/EHS adækvat. Til det formål, skriver Den Østrigske Lægeforening, må lægerne være opmærksomme på:

"den stigende elektrosmog i hjemmet, på arbejdspladsen og i fritiden" ... samt "vurdere variationen i de helbredsproblemer afhængigt af tid og sted, som er særligt relevant for miljø eksponeringer som fx EMF eksponering" (side 2).

Denne beskrivelse af formålet med retningslinjerne og dvs. hvad der faktisk står i dem, undlader SST imidlertid også at oplyse om. Det er ganske simpelt under lavmålet for et lands sundhedsmyndigheder.

SST anfører desuden, at de helbredsmæssige påvirkninger, som retningslinjerne beskriver, beror på *"radiofrekvent elektromagnetisk stråling"*.

Men dette er ikke en korrekt, men selektiv gengivelse. For Den Østrigske Lægeforenings retningslinjer beskriver klart og tydeligt, at EMF relaterede helbredsproblemer og symptomer forårsages af helbredsmæssig påvirkning fra såvel radiofrekvent elektromagnetisk stråling (RF EMF) som fra lavfrekvente elektromagnetiske felter (ELF EMF) fra bl.a. ledningsnettet. Retningslinjerne uddyber derfor også, at det er nødvendigt at opmåle for både radiofrekvens stråling (RF EMF) og for elektriske felter og magnetfelter (ELF EMF) samt desuden for eksponering for højfrekvente transienter (IF) på ledningsnettet fra højfrekvente kilder. Lægeforeningen angiver derfor som særdeles centralt de nye grænseværdier, som er relevante at iagttage for EMF syndrom/EHS, som (uanset ICNIRP's grænseværdier for akutte eksponeringer baseret på en varighed af 6 minutter) tager højde for de regelmæssige og langvarige eksponeringer på mere end 4 timer, som alle udsættes for i dag (side 8-10).

6. manipulation: fortielse af EHS symptomer

SST undlader også at redegøre for Den Østrigske Lægeforenings faktuelle beskrivelse af de EMF syndrom/EHS-ramtes symptomatologi. Symptomlisten fremgår ellers af et udførligt spørgeskema, som ligger i redegørelsen, som skal forsyne lægerne med adækvat viden herom. Den Østrigske Lægeforenings EMF syndrom/EHS symptomliste omfatter:

"angst, trykken for brystet, depression, koncentrationsbesvær, rastløshed/spændinger, hyperaktivitet, irritabilitet, udmattelse, træthed, anomi (ordmobiliseringsbesvær), glemsomhed, hovedpine, svimmelhed, søvnproblemer, støjfølsomhed, nervøs blære, vandladningstrang, hjertebanken, blodtryksproblemer, muskelspænding, ledsmerter, hudproblemer" (s 15-17).

I spørgeskemaet er der også spørgsmål om tidspunkt og sted for symptomerne, som er meget væsentligt for diagnosticering af EMF syndrom/EHS.

Som det ses heraf, er Den Østrigske Lægeforenings EHS symptomliste stort set sammenfaldende med en lang række andre forskeres og lægers beskrivelser af EHS symptomatologien. Herunder de symptomer på mikrobølgesyndromet og radiobølgesyge, som de russiske forskere og det amerikanske militærs forskning redegør for og som de ikke-termiske radiofrekvensvåben USA's militær har udviklet, er beregnet på at udløse. Det er beskrevet i kapitel 2 og i de 40 referencer fra nr. 39-79 i kapitel 1. Denne EHS symptomatologi er udtryk for, at elektromagnetiske felters/strålings ikke-termiske skadevirkninger først og fremmest rammer den menneskelige hjerne, centralnervesystem, autonome nervesystem, immunsystem og det kardio-vaskulære system.

At SST ikke redegør for Den Østrigske Lægeforenings beskrivelse heraf, men i stedet stadig misinformerer om, at EHS ikke skyldes EMF/EMR er utroligt.

7. manipulation: fortielse af den videnskabelige evidens

Det fører over i, at SST også undlader at redegøre for det helt essentielle, at Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer naturligvis er baseret på videnskabelig evidens, herunder dobbeltblind undersøgelser af EHS-ramtes patofysiologiske ændringer og skader og dokumentation

for, at de er kausalt forbundet med eksponering for EMF (RF og ELF). SST er bekendt med eksistensen af disse referencer til videnskabeligt udførte undersøgelser, som er opført i Den Østrigske Lægeforenings retningslinjers referenceliste. SST er også bekendt med, at der findes endnu flere videnskabeligt udførte undersøgelser af EHS-ramtes patofysiologiske ændrings kausale forbundethed med eksponering for EMF som bl.a. BioInitiative Rapporterne gennemgår (22,23). På trods heraf bliver SST ved med at påstå i svar på spørgsmål 501 at:

"det har ikke i videnskabeligt anlagte studier været muligt at systematisk eftervise en række af de symptomer, som mennesker, der selv oplever at lide af elektrisk overfølsomhed tillægger udsættelse for elektromagnetiske felter" (2).

hvilket er ren misinformation.

8. manipulation: fortielse af diagnostiske EHS undersøgelser

SST undlader derfor også at gøre rede for, at Den Østrigske Lægeforening, på baggrund af den videnskabelige evidens (som SST påstår ikke findes), anbefaler læger at overveje, at patienter, som er mistænkt for at lide af EHS/EMF-syndrom, får foretaget en lang række specifikke og grundlæggende diagnostiske prøver og tests for at diagnosticere EHS. Disse prøver og tests er naturligvis ikke valgt i blinde, men anbefales af Lægeforeningen på baggrund af den evidens, der findes om sygdommens patofysiologi fra videnskabeligt udførte undersøgelser. Det drejer sig om undersøgelser af:

- *"blodtryk og hjerterytme*
- *24-timers blodtryksmåling*
- *EKG og pulsvariation*

undersøgelse af urinindhold for:

- *Adrenalin*
- *noradrenalin*
- *noradrenalin/adrenalin kvotient*
- *dopamin*
- *serotonin*
- *6-OH melatonin sulfat*
- *histamin*
- *glycin*
- *GABA*
- *glutamat*

Spytindhold for:

- *kortisol*
- *Alpha amylaseA*
- *DHEA*

Blodanalyser:

- *blodtælling*
- *differentiel blodtælling*
- *fastende blodsukker*
- *postprandial blodsukker*
- *HBA1c*

- *TSH*
- *homocystein*
- *intracellulært ATP*
- *intracellulært glutathion (redox balance)*
- *malondialdehyd (lipide-peroxydation)*
- *8-hydroxydexyguanisine (DNA-oxidation)*
- *inteferon-gamma (IFNg)*
- *Interleukin 1, -6, -10*
- *tumor nekrose fakta alpha (TNFa)*
- *NF-kappa-B*
- *vitamin B2 (FAD og riboflavin)*
- *vitamin B-g (helblod)*
- *vitamin D*
- *ubiquinin (Q10)*
- *selen (helblod)*
- *zink (helblod)*
- *differential lipidprofil" (side 7-8) (1).*

9. manipulation: fortielse af forebyggelse af EHS

Sundhedsstyrelsen har også helt undladt at redegøre for Den Østrigske Lægeforenings beskrivelse af hvilke metoder og tiltag, der kan forebygge EHS. Det er jo helt centralt at vide for Folketinget med henblik på at forebygge en egentlig epidemisk udvikling af EHS i befolkningen. Det drejer sig om:

- a) *forebygge og mindske risikoen for den enkelte og for folkesundheden*
- b) *at behandle årsagerne til EMF syndrom*
- c) *at hjælpe med at identificere enhver forbindelse med helbredsproblemer" (s. 10)*

Den Østrigske Lægeforening anbefaler endvidere, at de elektromagnetiske felter/stråling må opmåles af måle-ingeniører. På den baggrund bør de danske sundhedsmyndigheder snarest få iværksat en strålings-opmålings uddannelse, som de har haft i mange år i mange andre lande. Der findes fx en sådan uddannelse i Tyskland og Østrig med erfarne opmålere. Oplysninger herom kan findes på nettet (Land Salzburg og VDB 2000).

Lægeforeningen anbefaler desuden følgende forholdsregler for at forebygge EHS og for allerede EHS ramte:

- *"frakoble (afbryde) strømforsyningen til alle trådløse DECT telefoner - brug af klassiske lednings-fastnet telefoner anbefales i stedet for.*
- *frakoble (afbryde) strømforsyningen til alle WLAN acces points eller trådløse routere (NB. mange LAN routere er nu udstyret med ekstra WLAN.)*
- *afbryde strømforsyningen i soveværelset (slukke på måleren), mens man sover. NB: fordelene må opvejes mod den potentielle risiko for ulykker og anvendelse af lommelygte bør anbefales.*
- *afbryde strømforsyningen til alle ikke-væsentlige elektriske kredsløb, eventuelt i hele lejligheden eller bygningen. NB: se bemærkning ovenfor.*
- *Flytte sengen eller skrivebordet til et andet sted med lavere eksponering fx til et andet værelse eller etage; i tilfælde af eksterne højfrekvente kilder, skal der vælges lokaler, som vender væk fra kilden.*
- *ophøre med at bruge visse typer apparater og lamper*
- *udskifte elektriske ledninger i bygningen for at reducere strømfelter og fejlstrømme (installering af fejlstrømsafbryder HPFI).*

- Vi anbefaler desuden at følge de 10 lægeregler ved mobiltelefon brug, offentliggjort i Wiens Lægeforening: http://www.2.aekwien.at/media/Plakat_Handy.pdf " (s. 10-11) (1).

10. manipulation: fortielse af EHS behandling og diagnosekode

I forhold til det helt essentielle spørgsmål om behandling af EHS undlader SST også at informere om Den Østrigske Lægeforenings retningslinjers anbefaling af, at en korrekt behandling af EHS primært drejer sig om undgåelse af eksponering for EMF/EMR. Sekundært må behandlingen fokusere på livsstils coaching, holistiske behandlinger og behandling af symptomer.

Lægeforeningen skriver:

"Den primære metode til behandling bør bestå af undgåelse eller reduktion af EMF eksponering, hvor man om muligt sørger for at reducere eller eliminere alle kilder til elektromagnetiske felter. Mange eksempler har vist, at sådanne foranstaltninger kan være effektive".

Lægeforeningen understreger, at da tilstrækkelig reduktion af EMF/EMR ikke i alle tilfælde er mulig, må man overveje ikke kun at holde eksponeringen på et minimum, men også øge modstandskraften mod EMF. I nogen tilfælde er der rapporteret positive bedringer af holistisk medicin. Det viser sig efterhånden også, at EMF/EMR reducerer oxidativ og nitrosativ reguleringskapacitet. Lægeforeningen skriver:

"Denne hypotese forklarer også observationer af skiftende EMF sensitivitet og det store antal symptomer rapporteret i forbindelse med EMF eksponering. I det nuværende perspektiv synes det nyttigt at anbefale en behandlingstilgang som dem, der er ved at vinde indpas ved multisystemiske lidelser, med henblik på at minimere uheldige peroxynitrit virkninger".

Endeligt - og særdeles væsentligt - undlader SST også at redegøre for retningslinjernes anbefaling, at EHS ramte diagnosticeres med EHS/EMF syndrom med koden Z58.4. Denne kode står ifølge WHO's klassifikationssystem International Classification of Diseases (ICD) for = eksponering for stråling (s. 11).

Lægeforeningen skriver:

"Diagnosen for EMF syndrom vil overvejende være baseret på en omfattende beskrivelse af sygehistorien, med særlig fokus på sammenhæng mellem helbredsproblemer og tid og sted for EMF eksponering, såvel som udviklingen af symptomer over tid. Derudover understøttes diagnosen af målinger af EMF eksponering og resultaterne af yderligere diagnostiske tests (laboratorieundersøgelser, hjertekar system). Desuden bør alle andre potentielle årsager så vidt muligt udelukkes" (s.11) (1).

Hvorfor manipulerer SST så gennemgribende om retningslinjerne?

Som jeg her har påvist, har SST altså på gennemgribende facon både misinformeret om og tilbageholdt oplysninger om indholdet af Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer for Folketinget. Hvorfor har SST gjort det? Mit gæt er, at det har SST gjort, fordi en sandfærdig redegørelse ville komme til at stå i direkte og skærende modsætning til SST's mangeårige og til stadighed gentagne ukorrekte påstand, at ingen forskning har dokumenteret, at EHS skyldes eksponering for EMF/EMR, hvilket SST også påstår i svar på spørgsmål 501:

"Der er ikke tvivl om, at personer kan føle sig påvirket ved udsættelse for radiofrekvente elektromagnetiske felter, men det har ikke været muligt systematisk at eftervise en række af de symptomer, som mennesker, der selv oplever at lide af elektrisk overfølsomhed, tillægger udsættelse for elektromagnetiske felter" (2).

Som nævnt er det ikke sandt, for en lang række videnskabelige undersøgelser har dokumenteret (se ref. 39-79 i kap 1), at der i høj grad er en årsagsmæssig, sammenhæng mellem udsættelse for EMF/EMR og EHS symptomer hos de ramte. SST's påstand "at det ikke har været muligt, at dokumentere de EHS ramtes symptomers sammenhæng med eksponering for EMF/EMR" er derfor en særdeles alvorlig misinformation, som SST har anført gennem mange år - næsten som en

besværgelse - i notat efter notat (8, 12,13), i brev efter brev til EHS Foreningen (9, 10) og i svar efter svar til Folketinget (2, 11). En usandhed bliver imidlertid ikke sand, lige meget hvor mange gange den gentages.

Der står altså ganske meget på spil for SST i form af tidligere misinformationer og usande redegørelser for, at "*el-overfølsomhed er ikke relateret til elektromagnetiske felter*", men "*må tilskrives andre årsager*" og "*det har ikke i videnskabeligt anlagte studier været muligt systematisk at eftervise kognitive effekter af en sådan udsættelse*", som skulle bakkes op i svar på spørgsmål 501.

Rubin et als falske subjektive EHS forskning

Og hvor har så SST disse påstande fra? Dem har SST fra gruppen omkring psykiateren Simon Wessely og psykologen James Rubin fra Kings College i England. Disse forskere, som har nær forbindelse med den engelske regering, har siden 2005 gennemført en række subjektive, psykologiske/psykiatriske EHS undersøgelser. Første gang SST introducerede denne psykologiske/psykiatriske EHS forskning som argumentation for, at EHS ikke har sammenhæng med EMF/EMR eksponering, var i Notatet fra 2007, hvor SST, som beskrevet i kapitel 1, grundløst kritiserede BioInitiative Rapportens forskeres integritet og kvalifikationer. I BioInitiative Rapportens kapitel om EHS, dokumenterer Professor Olle Johansson fra det svenske Karolinska Institutets afdeling for neurovidenskab, at EHS er en fysisk konstaterbar sygdom med patofysiologiske fund opstået som følge af EMF/EMR eksponering (22, 23, 24). Men denne dokumentation kritiserede SST i Notatet, fordi bl.a. Rubin et als resultater ikke var inkluderet (8).

Næste gang SST direkte promoverede Rubin et als subjektive psykiatriske/psykologiske EHS forskning, var i brev til EHS Foreningen i 2009. Her skriver SST:

"En systematisk gennemgang af provokationsforsøg er udgivet i 2005. Provokationsforsøg er eksperimentelle undersøgelser, hvor personer der mener, at de er ramt af el-overfølsomhed udsættes for elektricitet og elektromagnetiske felter uden viden om, hvornår de er eksponeret og hvornår de ikke er eksponeret. Baggrunden for denne type forsøg er ønsket om at demonstrere, hvorvidt der opstår symptomer på grund af eksponeringen, i tilfælde hvor viden om eksponering ikke spiller en rolle. Konklusionen på denne gennemgang, der omfattede 31 eksperimentelle undersøgelser var, at det er vanskeligt at demonstrere de symptomer som de el-overfølsomme rapporterer. Iblandt de 31 undersøgelser var der kun to, som demonstrerede en effekt hos personer, der blev eksponeret sammenlignet med kontrolgruppen, der ikke var eksponerede. Dette samlede resultat peger på at el-overfølsomhed ikke er relateret til elektromagnetiske felter, selvom mere forskning i spørgsmålet er påkrævet. (Rubin, G, Das Munshi, J og Wessely, S: Electromagnetic Hypersensitivity, a systematic review of provocation studies. Psychosomatic Medicine 2005, volume 67, side 224-232)." (9, 25).

Hvad SST imidlertid ikke gør rede for er, at Rubin et als forskning er delfinansieret af teleindustrien og dermed behæftet med interessekonflikter, hvilket bl.a. EHS forskerne Marino et al gør opmærksom på (26), såvel som, at forskningen er behæftet med en lang række særdeles alvorlige metodefejl. Der er altså tale om manipuleret forskning, prædestineret til at finde et negativt resultat, som matcher sponsors dagsorden.

Faktisk gjorde jeg selv allerede i 2009 SST opmærksom på nogen af disse slemme metodefejl i forskningsdesignet, hvilket SST fuldkommen har ignoreret (27).

Hvordan Rubin et al laver falsk EHS forskning

1. metodefejl: ikke objektiv forskning

Den første og mest grundlæggende metodefejl i Rubin et als gentagne EHS studier, som med al tydelighed udstiller, at der ikke er tale om lægevidenskab, er at forskningen er subjektiv psykologisk forskning, hvor de syge selv skal angive, enten hvilke symptomer de får, når de eksponeres, eller om de kan mærke, hvornår de eksponeres. Der er altså ikke tale om objektiv

medicinsk forskning foretaget på et naturvidenskabeligt grundlag. Forsøgspersonerne er ikke det mindste undersøgt for eventuelle patofysiologiske ændringer/skader som følge af eksponering for EMF/EMR og sammenhængen med de symptomer, de oplever. Det er særdeles amatøragtigt, for man kan ikke på et videnskabeligt grundlag drage konklusioner, om hvorvidt EHS er en fysisk sygdom eller ej, som skyldes EMF/EMR eller ej, når patienterne ikke er undersøgt fysisk, når de eksponeres.

At SST kan finde på, at promovere den slags ikke-medicinske undersøgelser og kalde dem "vægtige" og "videnskabelige" alt imens SST forkaster den lægevidenskabeligt baserede EHS forskning og på den baggrund vurderer, at de EHS ramtes symptomer og lidelser ikke skyldes EMF/EMR eksponering, men er en psykisk lidelse, er ganske utroligt (11, 12, 13).

Hvorfor de EHS ramte ikke er undersøgt fysisk, når de eksponeres for EMF/EMR, er Rubin et al selv helt klare i spyttet omkring. For de har på forhånd vedtaget, at mennesker ikke bliver fysisk påvirket af EMF/EMR og indrømmer således åbent, at deres forskning er forudindtaget (biased):

"der er ikke på forhånd nogen grund til at antage, at der er nogen biofysiske mekanismer som styrer elektromagnetiske felters helbredseffekter" (25)

skriver de sørme!

På mirakuløs vis synes Rubin et al således på forhånd at vide, at elektromagnetiske felter ikke påvirker menneskers biofysik og at EHS derfor ikke er en fysisk sygdom forårsaget af EMF/EMR eksponering. Så hvorfor skulle man dog undersøge de syge fysisk, når de eksponeres? Nej, vel?

Men når man ikke undersøger folk fysisk, finder man heller ikke en fysisk sygdom. Det er altså helt åbenbart, at Rubin et als studier på forhånd er designet til at "finde frem" til, at EHS "derfor" er psykisk betinget. Undersøgelseernes formål har altså fra starten været, at "dokumentere" med falsk/forudindtaget/manipuleret forskning, at EHS er et psykisk/indbildt (nocebo induceret) problem. Rubin et als forskning er således ikke videnskab. Professor Dariusz Leszczynski, tidligere ansat i den finske strålesikkerhedsmyndighed STUK, kalder derfor Rubin et als forskning for "voodoo forskning" (28).

Et helt grundlæggende problem i Rubin et als subjektive/psykologiske/psykiatriske tilgang til EHS er, at de intet som helst ved om EMF/EMR. De ved således ikke, at elektromagnetiske felters påvirkninger på andre fysiske objekter ikke kan studeres indenfor den klassiske fysik, der som sit område har de sanselige genstande. Elektromagnetisk stråling hører ikke til de sanselige genstande og må derfor studeres med kvantefysikkens forståelsesramme, som netop beskæftiger sig med ikke-sanselige genstande.

Men det ved Rubin et al ingenting om og derfor forudsætter de, at EHS ramte skulle kunne mærke strålingen, hvis EHS forårsages af EMF/EMR eksponering, idet testpersonerne skal kunne angive, når forskerne eksponerer dem for hhv. EMF/EMR og fingeret (ingen) eksponering. Det er imidlertid en umulighed, da den menneskelige krop, som Grigoriev forklarer, ingen sanser har, der kan opfange elektromagnetiske felter, som hverken kan ses, høres, lugtes, smages eller mærkes.

"Der er ingen måde, hvorpå de kan opdage denne stråling (den menneskelige krop har ingen receptorer for mikrobølger)" (29).

Også McCarty et al påpeger, at el-overfølsomme, ligesom andre mennesker, ikke er bevidste om strålingen, for de kan ikke mærke den. Derfor kan de ikke angive, om de bliver bestrålet af EMF eller ej (30). De objektive undersøgelser af EHS ramte baseret på naturvidenskabelige forskningsmetoder dokumenterer derimod, at el-overfølsommes biofysik bliver påvirket af EMF/EMR, selvom de ikke er bevidste om strålingen, fordi kroppen reagerer.

Rubin et als andre metodefejl

Rubin et als uvidenskabelige subjektive EHS studier, hvor karakteren af EMF/EMR ikke forstås, og hvor forsøgspersonerne ikke er undersøgt fysisk, får desuden den tilsigtede konsekvens, at resultaterne tilsyneladende viser, at der ikke er forskel på de EHS ramtes symptomer, når de

eksponeres for EMF/EMR og når de ikke eksponeres. Det er derfor SST anfører, "*at det har ikke i videnskabeligt anlagte studier (sic) været muligt, at systematisk eftervise en række af de symptomer, som mennesker selv oplever at lide af, kan tillægges udsættelse for elektromagnetiske felter*" (13). Men at de EHS ramtes symptomer tilsyneladende ikke er direkte forbundet med EMF eksponering beror på en række metodefejl.

2. metodefejl: de mest EHS syge sorteres fra

I flere af Rubin et als EHS forsøg må forsøgspersonerne for at deltage bruge mobiltelefon eller udstyres med et apparat, der spændes fast på hovedet, som simulerer mobiltelefon og som udsender RFR. Men de værste EHS ramte blev så syge af eksponeringen, at de ikke kunne gennemføre tests. De var derfor sorteret fra og altså ikke med i eksponeringsgruppen. Det svarer meget til, at de tungeste mobilbrugere i den danske kohorte undersøgelse også blev fjernet fra eksponeringsgruppen. Det er derfor højst sandsynligt, at den manglende forskel i de oplevede symptomer hos de resterende testpersoner ved EMF eksponering og fingeret eksponering, i væsentlig grad skyldes, at de ikke har været særligt EHS ramte, i og med de kunne bruge en mobiltelefon (31).

3. metodefejl: eksponeringsforholdene er ikke kontrolleret

Da Rubin et al ikke forstår hvad EMF/EMR er og på forhånd ikke mente, EHS er et fysisk problem, har de ikke kontrolleret eksponeringsforholdene. Således er baggrundstrålingen ("extraneous background EMF") i de rum, hvor forsøgene foregik, ikke kontrolleret. Der var derfor et niveau af konstant RF forurening tilstede hele tiden, hvor fx. RF fra mobiltelefoner i tilstødende rum kunne påvirke baggrundstrålingen. Alligevel forudsætter Rubin et al, at EHS ramte skulle kunne mærke endnu et apparat (fx en mobiltelefon) tændes. Men hvorledes skulle forsøgspersonerne kunne adskille en EMF kilde i et allerede bestrålet miljø (som de i forvejen ikke kan mærke)? Som en el-overfølsom kvinde udtaler, svarer det til, at en person som befinder sig et røgfyldt lokale, (hvor hun altså hverken kunne se, lugte eller mærke røgen) skulle kunne mærke og angive, at der kom lidt mere røg ind i lokalet (32).

Det viser sig desuden, at det apparat testpersonerne udstyres med i Rubin et als tests, som skal simulere RF stråling, også udsender ELF, medium og højfrekvent EMR under de fingerede forsøg (33, 34). Testpersonerne udsættes altså for EMF/EMR fra mange kilder, både når de bestråles og når det skal forestille, at de ikke bestråles dvs. i de såkaldte fingerede tests. Testpersonerne bliver altså bestrålet både i bestrålings- såvel som i kontrolsituationen.

Disse fejl er særdeles graverende, for den virkelige, videnskabeligt baserede EMF forskning, udført af en lang række EMF/EMR forskere, viser, at eksponeringsforholdene influerer stærkt på undersøgelsesresultaterne. Således kan der ses modsatte resultater afhængig af frekvens, intensitets "vinduer", bølgeform, eksponeringsretningen, varighed af eksponeringen, antal eksponeringer, signalets puls modulering og hvornår man måler effekten (nogen resultater er forsinkede)(22,23,35).

Men Rubin et als egne og andres "systematiserede undersøgelser" har blot angivet, at det drejer sig om eksponering for mobiltelefon, computer etc. De EHS ramte (hvis de er EHS ramte?) blev heller ikke undersøgt for, om de primært er overfølsomme overfor RFR eller ELF, selvom der er stor forskel på resultaterne af ELF og RF undersøgelser. Alle blev eksponeret for lav- eller radiofrekvens i en pærevælling.

Det er altså en generel og afgørende metodefejl i Rubin et als EHS forsøg, at anden stråling og eksponeringsforholdene ikke er kontrolleret. Det gælder også de fingerede bestrålinger, som skal forestille at være strålingsfri, hvad de ikke er. Da testpersonerne i de fingerede forsøg fungerer som deres egen kontrolgruppe, er der i Rubin et als forsøg, ligesom i Kohorte undersøgelsen reelt ingen kontrolgruppe.

4. metodefejl: der tages ikke højde for forsinkede symptomer

Ligesom Rubin et al ingenting ved om EMF/EMR, ved de heller ingenting om EHS. For ligesom undersøgelsesresultaterne afhænger (er relative i forhold til) eksponeringsforholdene, afhænger de også (er relative i forhold til) biologiske tidsfaktorer fx, at EHS ramtes symptomer kan være forsinkede i forhold til eksponeringen. For som Professor Havas forklarer:

"antager forskerne, at reaktioner på EMF er straksreaktioner, men der er ofte en forsinkelse mellem eksponering og reaktion. Mennesker er ikke kontakter, der kan tændes og slukkes for. Disse undersøgelser insinuerer ukorrekt, at hvis man ikke kan mærke noget, kan det ikke skade en. Vi ved imidlertid meget vel, at vi ikke kan opdage smagen af arsen, bly, DDT eller asbest, men de er alle giftige" (36).

Også Markov og Grigoriev påpeger, at det er helt generelt for ikke-ioniserende strålings biologiske virkningsmekanismer, at der er en tidsfaktor mellem bestråling og kroppens reaktion (og dermed oplevede symptomer):

"For ikke-ioniserende stråling er det meget sjældent, at man kan sige, at effekterne kan ses, mens man bestråles eller kort tid efter... selv når man vurderer "termiske" mekanismer og Specific Absorption Rate (SAR), er det nødvendigt at tage hensyn til en vis tid for at udvikle og manifestere effekter" (37).

5. metodefejl: der tages ikke højde for varigheden af EHS symptomerne

Rubin et al har heller ikke taget højde for varigheden af reaktionerne hos de EHS ramte. Dvs. forskerne må vide, hvor lang tid reaktionen varer efter en EMF eksponering, for at man kan beslutte, hvornår man kan foretage den næste eksponering. Selvom Rubin et al nævner dette problem, at EHS symptomer kan være langvarige og vedvarende op til adskillige dage, hvilket de kalder *"tømmermandseffekten"*, konkluderer de, at det er svært at afgøre, hvor mange af de 31 undersøgelser, de har gennemgået, som er berørt af dette problem, udover de 2 undersøgelser, som rapporterer, at *"tømmermandseffekten"* faktisk påvirkede resultaterne (25). Rubin et al indrømmer altså selv en svær metodefejl, men ligesom alle de andre fejl, har det ingen indflydelse på deres konklusioner.

6. metodefejl: der tages ikke højde for, at EHS er et ikke-lineært fænomen

Alle disse metodefejl bevirker, at Rubin et al selvfølgelig ikke kan dokumentere, at EMF forårsager EHS. Og det handler ikke kun om, at de ikke har undersøgt de syge fysisk. Ifølge Marino et al, handler det lige så meget om, at Rubin et al grundlæggende studerer EHS forkert, idet de går ud fra, at der er et lineært årsags-virknings forhold mellem EMF og sygdom, som kan findes ved at bruge lineære metoder så som lineære eksperimenter (udsætte alle for samme stimulus og forvente samme symptom) og statistisk design.

Men Marino et al påpeger, at det er en helt grundlæggende fejl, fordi EHS faktisk er et ikke-lineært fænomen med en dynamisk kompleksitet, som betyder, at EMF ikke forårsager sygdom på nøjagtig samme måde hos alle - og vil jeg tilføje - hos den enkelte EHS ramte - hvorfor folk oplever mange forskellige symptomer. Hvis EMF derimod forårsagede sygdom på nøjagtig samme måde hos alle (og hos den enkelte) ville man let kunne opdage et årsags-virknings forhold og det ville være let at opdage sygdommen med lineære metoder. Men skriver Marino et al, EHS er ikke et lineært fænomen, for:

"EHS symptomerne varierer i forhold til den fysiske lokalisering i kroppen, de kan vedvare efter stimulus er slukket, de synes at afhænge ikke kun af feltstyrken, men også af forandringer i feltet ("pulseret" vs. "kontinuert") og de bliver sandsynligvis forstærket af andre faktorer, herunder den enkeltes reaktion på lidelsen" (26).

Og - vil jeg tilføje - graden af tidligere eksponering og dermed kroppens skadestilstand. Derfor, påpeger Marino et al, kan man ikke i provokationsforsøg undersøge alle EHS ramte ens, som Rubin et al gør, men må anvende en meget mere patientorienteret tilgang. Det har Marino et al netop gjort i deres provokationsforskning og har derfor kunnet dokumentere, at

EMF forårsager de symptomer, som den ramte angiver. I disse forsøg har Marino et al naturligvis ikke ladet det eksperimentelle forsøg stå alene. Den EHS syge er derfor også undersøgt klinisk-fysisk bl.a. med MR-skanning af hjernen og med polysomnograf. Disse undersøgelser afslørede evidens for patologiske forhold i hjernens højre temporallap og i højre parietallaps angulære gyrus samt signifikant søvn fragmentering og diskontinuitet. Det kunne altså klart dokumenteres, at den EHS syges symptomer opstod som følge af EMF eksponering og at EHS er en fysisk sygdom (26,30).

De ikke-valide EHS forsøg baner vejen for psykiatisering af EHS

På den baggrund kritiserer Professor Andrew Marino et al fra USA, ligesom Professor Dariusz Leszczynski fra Finland, Professor Magda Havas fra Canada, Professor Olle Johansson fra Sverige og Professor Dominique Belpomme fra Frankrig Rubin et als provokationsforsøg i skarpe vendinger (26,28,36,38). Således påpeger Marino et al, at ved at bruge lineære metoder i undersøgelser af et system, som er ikke-lineært, har Rubin et al draget fordel af en studehandel, som handler om sandsynligheden for at opnå et falsk-negativt resultat. Denne fiasko m.h.p. at erkende EHS dynamiske kompleksitet, de således har opnået, skriver Marino et al, har

"foranlediget forskerne til at konkludere, at den bedste måde man kan forklare fænomenet (EHS) på, er at skyde skylden på en neurotisk karakterfejl hos de mennesker, som lider af det" (26).

Det er ikke kun uvidenskabeligt, men uvederhæftigt. At de danske sundhedsmyndigheder bliver ved med at promovere denne falske industribetalte EHS forskning, som i sidste ende er beregnet til at psykiatisere de EHS ramte på falsk grundlag, er en skamplet på dansk sundhedspolitik.

IEMFPs "Faktablad 269: Electromagnetic Hypersensitivity"

I december 2005 udsendte WHO's International EMF Project (IEMFP) under ledelse af Mike Repacholi, der også stadig var leder af ICNIRP, "*Faktablad 269: Electromagnetic Hypersensitivity*". Heri optræder præcis samme holdninger og formuleringer om EHS, som SST anvender. De stammer altså herfra. Det tydeliggør også, at SST's henvisninger til Rubin et als anti-videnskabelige EHS forskning i brev efter brev, svar efter svar og notat efter notat, heller ikke er SST's egen opfindelse, for de stammer også fra "Faktablad 269", som netop har Rubin et al som sin vigtigste reference (39).

Man skal huske, at "Faktablad 269" udsendtes 2 måneder efter Repacholi havde holdt møde med repræsentanter for ikke mindre end 8 elektricitetsindustrier samt med ICNIRP medlemmet og medarbejder i elektricitetsfirmaet EPRI, Leeka Kheiferts i WHO's IEMFP risikovurderings arbejdsgruppe. Derudover var 10 af de 20 medlemmer i IEMFP arbejdsgruppen også medlemmer af ICNIRP. Som beskrevet i kapitel 2, deltog disse industrirepræsentanter i WHO arbejdsgruppen for at vurdere den videnskabelige litteratur om EMF, skrive 1.udkast og gennemgå det endelige risikovurderingsdokument som udmundede i den nye "Environmental Health Criteria" (EHC) publikation.

Denne massive mobil- og elektricitetsindustri infiltration af WHO's IEMFP arbejdsgruppen foregik, som nævnt i kapitel 2, på trods af, at Mike Repacholi den ene gang efter den anden højhelligt havde bedyret, at WHO ikke er infiltreret af el- og mobilindustrien:

"der kan ikke sidde nogen i WHO arbejdsgrupper, som har indflydelse på helbredseffekter fra industrien, når de får fordele af den industri" (40, 41).

Som det turde være fremgået, har denne forsikring fra Mike Repacholi hele tiden været usand fra ende til anden. IEMFPs publikationer er derfor totalt korrupte og korrupsionen er foregået på flere måder.

For det første deltog industrirepræsentanter på WHO's IEMFPs risikovurderingsmøde i 2005, hvorimod de egentligt involverede forskere, hvis forskning skulle vurderes, såvel som pressen var forment adgang til mødet, som forsøgtes hemmeligholdt.

For det andet har WHO's IEMFP hele tiden været totalt afhængig af industrifinansiering. F.eks. modtog 2005-2006 budgettet mindst 40 % af sine midler fra mobil- og elektricitetsindustrien.

For det tredje infiltrerede industrien WHO's IEMFP ved at korrumpere og underminere selve forskningen, hvor såkaldte "uafhængige forskere" dvs. industribetalte forskere og "sound science" dvs. falsk forskning var det vigtigste værktøj (42,43,44).

I WHO's IEMFP var det således kun de industrikøbte forskere, som fik adgang til at vurdere den videnskabelige litteratur om EMF/EMR og helbredsrisici, hvorimod de reelle og uafhængige EMF forskere var forment adgang. Med Marinos ord, så samarbejdede Repacholi i de 10 år han styrede WHO's IEMFP udelukkende med eksperter, der var på lønningslisten hos mobil- og elektricitetsindustrien. Sammen med industriens folk udarbejdede han en række rapporter og faktablade - her iblandt "*Faktablad 269: Electromagnetie Hypersensitivity*":

"som frikendte disse industrier nogen form for ansvar for menneskers sygdom forårsaget af EMF/EMR, ligesom forskere, der var uenige med industriens holdninger, blev udelukket fra IEMFP's bedømmelses komiteer" (45).

"Faktablad 269" og de købte forskere Rubin et al

Det er derfor selvfølgelig heller ikke tilfældigt, at de industribetalte EHS forskere Rubin, Das Munshi og Wesselys "systematiske gennemgang" af subjektive EHS provokationsforsøg blev publiceret blot nogle måneder før publicering af "Faktablad 269". For Rubin et als "systematiske gennemgang" af EHS forsøg har netop udelukket alle de videnskabelige objektive EHS undersøgelser, som allerede forelå i 2005, hvis evidens påviser, at der er en årsagssammenhæng mellem EHS og EMF eksponering. Og det er selvfølgelig også derfor, at det netop er Rubin et als gennemgang af selektivt udvalgte subjektive forsøg, som både "Faktablad 269" og SST henviser til. Sandsynligheden for, at det tidsmæssige sammenfald i publicering af "Faktablad 269" og Rubin et als undersøgelse er tilfældigt, er derfor ikke-eksisterende.

Man må jo heller ikke glemme, at det kun var 2 år siden tidligere Generaldirektør Gro Harlem Brundtland blev presset ud af WHO, fordi hun fik EHS og fortalte til pressen, at hun ikke kunne tåle mobiltelefon, hvorefter Repacholi misinformede WHO ledelsen om, at EMR ikke forårsager EHS og at Brundtland derfor måtte være blevet sindssyg. Mike Repacholi havde altså allerede da fostret ideen om, at EHS ikke skulle tilskrives EMF/EMR, men i stedet konverteres til en psykisk sygdom. Han havde også allerede en ide om hvordan, for han havde jo foreslået Brundtland at blive testet for EHS i et laboratorium han kendte - mon ikke hos Rubin et al? - for at "bevise", at hendes EHS var psykisk betinget.

Men i 2003 havde Repacholi endnu ikke den "videnskabelige dokumentation", han skulle bruge for at kunne gå officielt ud med påstanden om, at EMF/EMR ikke forårsager EHS men i stedet er psykisk betinget. Ganske vist havde han inviteret den amerikanske (industribetalte?) psykiater Staudenmeyer til at få en fremtrædende plads året efter på WHO Konferencen i 2004, så han kunne fortælle om sine forskruede teorier om psykisk betingning ved MCS (Multiple Chemical Sensitivity) og EHS. Her introducerede Staudenmeyer den kemikalieindustri opfundne "diagnose" IEI (Idiopathic Environmental Intolerance), men det var jo ikke "rigtig" dokumentation (46). Den egentlige "dokumentation" for denne korrupte påstand fik Repacholi først i 2005 med Rubin et als gennemgang af subjektive provokationsforsøg. Og det er så jo også lige præcis Rubin et als psykiatriske publikationer om EHS, som Repacholi/IEMFP/ICNIRP henviser til i deres publikationer (39,47) - og ikke mindst SST henviser til, når EHS skal afvises (8,9).

"Faktablad 269": et mesterstykke i misinformation

"Faktablad 269" er et rent mesterstykke i manipulation, misinformation og propaganda. Om EHS hedder det bl.a.:

"Et antal studier er blevet foretaget, hvor EHS personer blev eksponeret for samme slags EMF, som dem de tillægger årsagen til deres symptomer. Formålet var at frembringe de symptomer under

kontrollerede laboratorieforhold. De fleste af undersøgelserne viser, at EHS personer ikke kan opdage EMF eksponering mere nøjagtigt end ikke-EHS personer. Velkontrollerede udførte dobbeltblind undersøgelser har vist, at symptomerne ikke havde forbindelse med EMF eksponering”(39).

Som jeg har påvist, er det meste af dette usandt. For eksponeringsforholdene var overhovedet ikke kontrollerede og EHS personerne blev ikke eksponeret for samme EMF, som gør dem syge. De blev også eksponeret for EMF i kontrolsituationen, hvorfor der ingen kontrolgruppe var. En ting er dog rigtigt: *"EHS personer kan ikke opdage EMF eksponering mere nøjagtigt end ikke-EHS personer"* - og det er rigtig smart at skrive sådan. For det insinuerer, at det burde de have kunnet, hvis deres sygdom skyldtes EMF, hvorfor deres EHS jo derfor må være et psykisk/indbildt problem - ikke? Det er manipulation på et højt plan, for som jeg har påvist, kan ingen mennesker opdage EMF og altså heller ikke EHS ramte.

Videre hedder det:

"der er også indikation af, at disse symptomer skyldes allerede eksisterende psykiatriske forstyrrelser så vel som stress som følge af bekymring for EMFs virkninger snarere end selve EMF eksponering"... "symptomerne er helt reelle og kan variere meget i sværhedsgrad. EHS har ingen diagnostiske kriterier og der er intet videnskabeligt grundlag for at kæde EHS symptomerne sammen med EMF eksponering. EHS er ikke en medicinsk diagnose, ej heller er det klart, at det repræsenterer et enkelt medicinsk problem".

Det er rigtigt, at symptomerne er reelle og at EHS kan være et invaliderende problem. Det er også rigtigt, at EHS ikke er en medicinsk diagnose, for det har Repacholi sørget for. Derudover er intet af dette sandt. At EHS skulle skyldes bekymring for EMF er en decideret latterlig påstand, for de fleste EHS ramte aner intet om eksistensen af EMF/EMR som de - ligesom alle andre mennesker — ikke kan sanse. For de fleste EHS ramte betyder det, at der kan gå lang tid, nogen gange flere år, før de opdager, at deres lidelser er relateret til EMF – herunder evt. stress - og nogen opdager det aldrig. De kan altså ikke bekymre sig om noget, som de ikke aner eksisterer. Påstanden: at EHS skulle skyldes bekymring over EMF/EMR er altså frit opfundet, eller rettere direkte sakset fra Staudenmeyers og Rubin et als teorier om, at EHS er psykosomatisk betinget. Den er altså ikke baseret på nogen form for videnskabelig dokumentation.

Selvom denne gennemførte vildledning først og fremmest bygger på Rubin et als ikke-valide, falsk-negative EHS forskning, hvor EMF frikendes som årsag til sygdommen og de EHS ramte i stedet - udokumenteret - psykiatiseres, så går IEMFP/Repacholi endnu videre og drager yderligere konklusioner.

For her i ”Faktablad 269” træder Repacholi i karakter og viser, hvad det egentlige formål med den falske EHS "dokumentation" er: nemlig at kommunikere og råde alle landes læger, regeringer og sundhedsmyndigheder til ikke at tage de EHS ramte og deres sygdom alvorligt.

Henvendt til læger hedder det:

”Læger: *Behandling af ramte personer må fokusere på helbredsproblemer og ikke på personens opfattelse af behovet for at reducere eller fjerne EMF fra arbejdspladsen eller hjemmet. Dette kræver*

- *en medicinsk evaluering for at identificere og behandle enhver tilstand som kan være ansvarlig for symptomerne*
- *en psykologisk evaluering for at identificere alternative psykiatriske/psykologiske lidelser, som kan være ansvarlige for symptomerne*
- *en vurdering af arbejdspladsen og hjemmet for faktorer, som kan bidrage til de præsenterede symptomer. Dette inkluderer indendørs luftforurening, høj støj, dårlig belysning eller ergonomiske faktorer, reducere af stress eller andre forbedringer af arbejdssituationen kan være hensigtsmæssige" (39).*

Dette er således en direkte anbefaling til læger om at mistro og negligere de EHS ramte, som er klar over og kan beskrive, at deres lidelsers årsag er eksponering for EMF/EMR. Samtidig sørges der for, at læger ikke får gode ideer og begynder at lægge to og to sammen i forhold til alle de mange patienter, der har samme symptomer, men som ikke selv ved, at de skyldes EMF/EMR eksponering.

Henvendt til regeringer hedder det:

”Regeringer: regeringer må yde passende målrettet og balanceret information om potentielle helbredsskader fra EMF til EHS ramte, sundhedspersonale og ansatte. Informationen må inkludere en klar tilkendegivelse af, at der ikke eksisterer nogen videnskabelig basis for en sammenhæng mellem EHS og EMF eksponering”

Dette er således en direkte anbefaling til myndighederne om at misinformere om, at der ingen videnskabelig basis findes for en sammenhæng mellem EHS og EMF og WHO/Repacholi retter her direkte sin propaganda til læger og regeringer om ikke at anerkende de EHS ramtes sygdom og yde dem lægehjælp. Det er så uetisk, koldt og kynisk, at det trodser enhver beskrivelse. Men i IEMFP/Repacholis verden gør det tilsyneladende ikke noget, for formålet: at beskytte el- og teleindustriens produksalg samt militærets systemer, helliger ethvert middel.

Joint venture mellem Repacholi og Rubin et al?

Som nævnt forekommer timingen mellem publicering af Rubin et als EHS artikel og "Faktablad 269" ikke at være tilfældig. Det er derfor plausibelt, at Rubin et als undersøgelse enten er bestilt af eller i hvert fald er koordineret med "Faktablad 269". Det tyder på et joint venture med det klare formål, at få afvist/skjult, at EHS skyldes EMF/EMR eksponering og istedet få psykiatriseret de EHS ramte, selvom begge parter ved, at det er helt og aldeles usandt. At denne uhellige alliance faktisk er en realitet, bestyrkes af 2 forhold:

For det første har Repacholi, som beskrevet i kapitel 2, siden 1960erne været knyttet til USAs militære arbejde for at få de høje termiske grænseværdier internationaliseret senest gennem ICNIRP og IEMFP. Da USAs militær har kendt til EHS/mikrobølgesyndromet siden den kolde krig og selv har dokumenteret, at de symptomer de ramte får, hidrører fra en fysisk helbredsskade, frem for alt af nervesystemet som følge af EMR eksponering - en helbredsskade som ovenikøbet ligger til grund for, at de ikke-termiske RF intensiteter er udviklet som et våben, netop med henblik på at udløse EHS hos fjenden - har Repacholi altså vidst i henved 40-50 år, at EHS er en alvorlig somatisk bl.a. neurologisk/ neuropsykologisk skade/sygdom forårsaget af eksponering for EMF. IEMFP/Repacholi har altså hele tiden vidst, at Rubin et als subjektive, psykiatriske EHS forskning såvel som Staudenmeyers psykogene teorier er falsk forskning fra ende til anden - og at det også er det, der er meningen.

For det andet, hvad angår Rubin, Das Munshi og Wesselys andel og motivation for at deltage i EHS svindlen, er det særdeles interessant, hvad den danske overlæge Henrik Isager beskriver i sin bog "Blinde Pletter". Her fremgår det, hvordan psykiateren Simon Wessely, som deltager i det meste af Rubin et als EHS forskning, også er en del af en psykiatrisk lobby i England, som siden 1988 har domineret UKs lægelige forskningsråd Medical Research Council (MRC) og i to årtier har været knyttet til den engelske regering som særligt sagkyndige rådgivere vedrørende multisystem sygdommen ME/CFS (Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome) og beslægtede tilstande, hvortil EHS hører (48). Det forlyder også, at Wessely er knyttet til det engelske militær.

Ifølge Isager, har MRC desuden haft et hemmeligt arkiv, hvor sagsakter og korrespondance vedr. ME/CFS opbevares. Først blev det bestemt, at hemmeligholdelsen skulle vare til 2023. Siden blev fristen forlænget til 2071 - dvs. til om 50 år, hvor det skulle være sikret, at alle involverede parter, som har fundet på dette, er døde! Desuden var medlemmer af ME/CFS arbejdsgruppen, som fungerede fra 1998-2002 og som også var domineret af den samme psykiatriske lobby pålagt streng tavshedspligt i forhold til mødereferater og andre dokumenter og det blev indskærpet, at disse dokumenter kunne være omfattet af Official Secrets Act (48).

Da dette virker meget mærkeligt, spørger Isager:

"Hvorfor dette hemmelighedskræmmeri? For MRCs vedkommende siger britisk lov, at dokumenter kan hemmeligholdes, hvis de angår formulering af regeringens politik, nationens sikkerhed eller dens økonomi. Kan det være nationens økonomi, der trues, hvis multisystemsygdom anerkendes som en primært somatisk sygdom? Kan der være tale om andre økonomiske interesser?" (48).

I sagens natur kan det ikke besvares, hvorvidt det primært drejer sig om, at den viden som findes om ME/CFS vil true nationens økonomi, hvis det bliver kendt.

I bogen beskriver Isager imidlertid, at elektromagnetiske felter meget vel kan være en væsentlig årsag til multisystem sygdommene. Og faktisk findes der dokumentation for, at nogen ME/CFS ramte kan få det markant bedre, når de ikke længere eksponeres for strømforsynings EMF (49).

Det er derfor ikke usandsynligt, at hemmeligholdelsen af ME/CFS dokumentationen skyldes økonomiske hensyn. Men faktisk kan det også tænkes, at hemmeligholdelsen også skyldes hensyn til *"nationens sikkerhed"* dvs. hensyn til elektriske systemer og våbensystemer, som radar, droner, "Lilly Pads" baser, trådløse netværk, såvel som til de ikke-termiske, ikke-dødelige våben, som har udvikling af EHS hos fjenden som mål og som England såvel som US og resten af NATO har på hylderne. Hemmeligholdelsen i England af årsagen til ME/CFS og beslægtede tilstande, herunder EHS sker derfor højst sandsynlig også af hensyn til militære interesser. Den engelske regering og andre regeringer, som er medlemmer af NATO og som styres af institutionel korrupsion, vil naturligvis gøre alt for at varetage industriens, men nok så meget især militærets interesser på bekostning af de syges velfærd.

Meget tyder således på, at IEMFPs/Repacholis lancering af Rubin, Wessely et als falske psykiatriske EHS forskning med løggen om, at EHS ikke skyldes EMF/EMR men psykiatrisk sygdom hos den enkelte EHS ramte, derfor er resultatet af et fællesprojekt, hvis formål er at overbevise verdens lande og sundhedsmyndigheden om denne løgn og dermed forhindre, at offentligheden får kendskab til, at EMF/EMR gør millioner af mennesker syge, herunder af EHS.

WHO IEMFP/Repacholi tager prisen

I dette institutionelt korrupte samarbejde mellem Repacholi/IEMFP og Rubin, Wessely et al, forekommer det mig, at Repacholi trods alt tager prisen, som den værste SOB, som Marino kalder ham (45), idet han i "Faktablad 269" groft misinformerer verdens landes sundhedsmyndigheder, regeringer og læger om, at EHS ikke er en somatisk sygdom forvoldt af EMF eksponering, men en psykisk sygdom hos de ramte. Dette til trods for, at han i flere årtier har vidst, at EHS er en somatisk/neurologisk sygdom forårsaget af EMF/EMR. Han går ovenikøbet så langt, at han koldt og kynisk råder læger til ikke at hjælpe EHS patienter men tværtimod medvirke til, at udsætte dem for mere af den stråling som gør dem hammersyge:

"Læger må ikke fokusere på personens opfattelse af behovet for at reducere eller fjerne EMF fra arbejdspladsen eller hjemmet"

Dette råd fra Repacholi, som SST har fulgt i mange år, har uvægerligt medført, at millioner af EHS ramte over hele verden har fået forværret deres sygdom og at de har måttet udstå ufattelige fysiske, psykiske og sociale lidelser uden nogen form for lægehjælp eller hjælp til deres invaliderende funktionshandikap på grund heraf. For de allerhårdst ramte har det bevirket, at de har måttet flygte ud i skoven, i ørkener, op i bjergene eller været lænket til deres eget afskærmede hjem, som miljøflygtninge, fængslede og udstødte, fordi de er blevet så syge, at de ingen steder mere kan være, fordi der overalt er meget høje strålingsniveauer og samfundet er totalt elektrificeret og digitaliseret. For ikke at glemme alle dem, som er blevet indlagt på psykiatrisk sygehus og medicineret med neuroleptika og anden psykofarmaka og dem som har taget livet af sig.

Repacholis råd til læger om ikke at fokusere på behovet for at reducere eller fjerne EMF fra arbejdspladser eller hjemmet er djævelsk, fordi han ved, at det er det eneste der hjælper. Det fremgår også af Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinier, at det lige netop er, hvad læger skal. For den primære behandling af EHS er at sørge for, at de ramte ikke fortsætter med at blive eksponeret, da deres sygdom ellers vil forværres - ofte irreversibelt.

Også den franske cancerspecialist Dominique Belpomme, som forsker i EHS ved cancerforskningsinstituttet ARTAC (Association Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse) i Paris og som også behandler EHS ramte, understreger at:

"den første behandling der er behov for, er at reducere deres eksponering for elektromagnetiske felter. Deres symptomer (herunder neurologiske, kardiovaskulære, dermatologiske og muskulære) er undertiden så alvorlige, at de skal beskytte sig med specielt tøj, gardiner såvel som maling, der er jordforbundet og dampspærre. Andre flytter ud i skove, huler eller fjerntliggende steder, hvis de ikke er i stand til at finde et lav-EMF miljø, hvor deres symptomer kan aftage eller forsvinde" (36).

Psykiatisering af EHS - et politisk motiveret overgreb

Repacholis/Rubins manipulation vedr. EHS består som nævnt af en 2-trins raket:

Første trin er den falske "dokumentation" af, at der ikke er en årsagssammenhæng mellem EMF/EMR eksponering og sygdommen. Denne falske "dokumentation" opnås ved at sortere den forskning fra, som viser, at de EHS ramte får patofysiologiske skader/ændringer, når de EMF/EMR eksponeres og at deres symptomatologi optræder i forbindelse hermed, samt at skabe falsk-negative forskningsresultater.

Andet trin er den helt udokumenterede påstand, at EHS "derfor" ikke er en somatisk sygdom, men udtryk for *"allerede eksisterende psykisk sygdom eller stress"* hos de EHS ramte.

Ligesom første trin består andet trin imidlertid af påstande, som ikke har noget videnskabeligt grundlag. Derimod er der tale om en institutionaliseret korrupt og sanktioneret politisk motiveret forfølgelse af syge mennesker, hvis sygdom er ubekvem for magthaverne, fordi den kommer på tværs af el-, teleindustriens og militærets ønske om ubegrænset salg, distribution og brug af deres produkter og teknologi, men også på tværs af den politiske magts tro på, at industriens produkter og teknologi vil maksimere landenes økonomi, selvom bl.a. Europarådet har advaret om, at ureguleret og sygdomsskabende RFR også vil være en bombe under landenes økonomi (50).

Men at psykiatisere befolkningsgrupper fordi de kommer på tværs af magthavernes interesser og strategi er en blodig uretfærdighed og i strid med menneskerettighederne. Ganske særligt, fordi alle involverede aktører ved, at det er en stor løgn og at de EHS ramte ikke er psykisk syge, men bliver skadet/syge af EMF/EMR eksponering. Professor Belpomme udtrykker det sådan:

"Vi ved nu med sikkerhed, at elektromagnetisk overfølsomhed ikke er psykosomatisk. EMF fremprovokerer store effekter i hjernen. Den vigtigste er åbning af blod-hjerne barrieren. Det giver kviksølv, organoklorider og andre forureningsstoffer mulighed for at komme ind i hjernen, hvor de forårsager forskellige neurodegenerative sygdomme" (36).

Og WHO IEMFPs/Repacholis påstande i *"Faktablad 269"* om en psykisk ætiologi for EHS kommenterer Belpomme på denne måde:

"Ævl, dette tilbageslag er af politisk karakter, som intet har med videnskab at gøre. WHO vil blive tvunget til at revurdere sin beslutning i de kommende måneder. Det er en samfundsmæssig benægtelse, som ikke tager hensyn til den aktuelle viden, som er under konstant udvikling"(36).

1. Psykiatisering: "IEI"

Ikke desto mindre har denne psykiatisering af de EHS ramte, som i gemenhed ikke står tilbage for psykiatiseringen af politiske dissidenter i det tidligere Sovjetunionen, stadig god vind i sejlene. Den stammer oprindeligt fra *"Faktablad 269"*, som introducerede diagnosen *"IEI"*, *"idiopathic miljøintolerance"* i stedet for EHS og SST har anvendt den i sine skrivelser flere gange (10,11).

Om *"IEI"* skriver IEMFP/Repacholi i *"Faktablad 269"*:

"EHS ligner Multiple Chemical Sensitivity (MCS) en anden forstyrrelse, som knyttes til lavniveau miljømæssig eksponering for kemikalier. Både EHS og MCS er karakteriseret af en lang række uspecifikke symptomer, som tilsyneladende ikke har noget toksikologisk eller fysiologisk grundlag"

eller uafhængig verificering. En mere generel term for overfølsomhed overfor miljøfaktorer er Idiopathic Environmental Intolerance (IEI), som stammer fra en WHO workshop arrangeret af International Program on Chemical Safety (IPCS) i 1996 i Berlin. IEI er en deskriptiv term, som ikke implicerer nogen kemisk ætiologi, immunologisk overfølsomhed eller sårbarhed overfor EMF. IEI samler en række forstyrrelser, som har ikke-specifikke medicinsk uforklarede symptomer tilfælles, som udøver en negativ effekt på mennesker. Da EHS normalt er den term der bruges, vil den fortsat bruges her" (39).

Selvom IEMFP/Repacholi altså bibeholder EHS som term i "Faktablad 269", introducerer han helt bevidst IEI termen og andre tog straks termen IEI til sig. Det gælder bl.a. Rubin et al, i deres nyere latterlige artikler, hvor de argumenterer for, at EHS enten skyldes medierne (52) eller en ny "eremit" tendens i befolkningerne (fordi mange EHS ramte flygter til afsides liggende egne, hvor strålingen er lav) (53), Også SST bruger ofte termen "IEI", "idiopatisk miljøintolerance" for EHS, senest i svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg i 2012 (11).

Nu kunne man måske tro, at det ikke betyder det store, hvad man kalder EHS, men så må man tro om. At "Faktablad 269" gør et stort nummer ud af IEI er et vigtigt signal, for det nye IEI navn skal sandsynliggøre, at EHS ikke har at gøre med EMF eksponering, fordi "elektro" ordet er pillet ud af navnet. Smart. Og hvor stammer så dette smarte navn fra - nå jo, det var jo fra Staudenmeyer, som Repacholi gav en fremtrædende plads til at forklare om IEI på WHO's EHS konference i 2004 (46).

Her blev de undrende seriøse EMF forskere, herunder Professor Hansson Mild og Professor Olle Johansson, som hhv. har dokumenteret, at EMF/EMR åbner blod-hjerne barrieren og skader hud og immunsystem hos mennesker og forsøgsdyr, belært om, at EHS skal benævnes IEI som udtryk for en psykogenisk teori om, at:

"IEI er et kulturelt tillært fænomen - en tro karakteriseret af en overvalideret ide om toksisk skade, som må forklares som en psykologisk, psykosocial og psykofysiologisk proces". Staudenmeyer forklarede videre, at "en overvalideret ide er analog til en psykosomatisk ide, som virker ligesom en infektiøs agent i funktionelle somatiske symptomer og som spreder sig og varer ved hos de ramte og inficerer andre" (46).

Hvabehar !!! Oversat til dansk betyder dette komiske adfærdsteoretiske psykiatriske psyko-mumbo-jumbo sprog, hvis lige man skal lede længe efter, at de EHS ramte altså har lært deres "sygdomsadfærd", dvs. deres smerter og neurologiske forstyrrelser af andre - herunder af medierne, så de tror på en psykisk sygelig ide om, at de har lidt en toksisk skade p.gr.af EMF/EMR og at denne psykisk sygelige ide virker ligesom en bacille, der bliver ved med at gøre de ramte syge af "IEI" og som sandelig også rammer andre, bl.a. gennem medierne, og inficerer dem.

Man må spørge om, hvem det er, der er psykisk forstyrret? Der er tale om latterlighed på et højt plan, så Erasmus Montanus kan gå hjem og lægge sig. For udover EHS ramte har fysiske skader p.gr.af EMF/EMR eksponering, er det også nagelfast dokumenteret i tusindvis af dyreforsøg efter alle videnskabens regler, at f.eks. mus og rotter får en lang række patofysiologiske skader bl.a. i hjernen ved EMF/EMR eksponering. Det har fået Professor Olle Johansson til at spørge, om disse skader hos mus og rotter så også betyder, at rotterne og musene også lider af en psykogen psykisk sygdom, "en kulturelt betinget psykisk forstyrrelse", fordi de har set TV og dermed er blevet "smittet" af en "overvalueret psykisk sygelig ide"? (15).

Selvom det er enormt latterligt, så er tiden ikke inde til latter. For selvom IEI er et udsøgt fupnummer, så er WHO og SST ikke desto mindre villige til at bruge betegnelsen IEI for EHS. Det er ikke spor morsomt men særdeles alvorligt. Jeg er derfor nødt til at redegøre for, hvor IEI egentlig stammer fra.

IEI - kemikalieindustriens smarte påfund

Som WHO IEMFP/Repacholi omtaler i "Faktablad 269", hvilket også Staudenmeyer gjorde på 2004 WHO Konferencen, så stammer betegnelsen IEI fra en WHO workshop arrangeret af International Program on Chemical Safety i 1996 i Berlin (54). Hvad WHO IEMFP/Repacholi og

Staudenmeyer imidlertid ikke oplyser, er, at ganske vist var WHO en af sponsorerne til IPSC mødet, men mødet var domineret af repræsentanter fra kemikalie- og medicinalindustrien (bl.a. fra BASF, Monsanto, Beyer, Coca Cola), som ofte er to sider af samme sag. F.eks. er Monsanto kendt for at producere Roundup og andre herbicider og er ejet af medicinalfirmaet Pharmacia. BASF laver farmaceutiske produkter og pesticider og Beyer, der er berømt for at lave aspirin, producerer også det nervegiftige pyrethoid pesticid Tempo (aktiv ingrediens er cyfluthrin).

Det var på dette møde mellem kemikalieindustriens folk, at beslutningen blev truffet om at ændre betegnelsen MCS (Multiple Chemical Sensitivity) til IEI (Idiopathic Environmental Intolerance)!

Jeg har tidligere i artiklen *"Danish Research Center Stirrs Ire"*, publiceret i det amerikanske tidsskrift *"Our Toxic Times"* beskrevet, hvordan denne kemikalieindustri opfundne IEI "diagnose" blev anvendt på et dansk videntcenter for MCS med henblik på at psykiatrisere MCS, på trods af at Videntcentret var finansieret af Miljøministeriet med henblik på forskning i kemikaliers forbindelse med MCS. Videntcentret iværksatte falsk psykiatrisk forskning, som jeg anmeldte for videnskabelig uredelighed til UVVU (Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed). Jeg fik ikke medhold i min anmeldelse, men i 2013 ophørte Miljøministeriets bevillinger til Centret, som herefter lukkede (54).

Kemikalieindustriens navneændring af MCS til IEI handlede selvfølgelig om at få ordet *"kemisk"* ud af navnet, så enhver konnotation til en kausal forbindelse mellem sygdommen og kemiske stoffer blev fjernet. Samtidig blev ordet *"idiopathic"* valgt, som betyder *"af ukendt årsag"*, dvs. det skulle fremgå af navnet på MCS, at man ikke kender årsagen. Som den amerikanske MCS behandler, læge Ann McCambell skriver:

"...skulle det insinuere, at MCS har en ukendt årsag, hvilket hjælper industrien. For den ønsker ikke at blive gjort ansvarlig for, at dens produkter forårsager MCS eller trigger symptomer hos folk, som er blevet sensibiliseret over for dem" (55).

Samtidig implicerer IEI-navnet for MCS, at i og med årsagen til sygdommen, nemlig eksponering for kemiske stoffer, er fjernet, er vejen åben for andre "årsager". Med fantastisk god hjælp fra industribetalt falsk forskning, kan man så lande på en påstand om, at de syge *"tillægger"* deres symptomer kemiske stoffer men, at de *"i virkeligheden"* er udtryk for en *"psykisk sygelig overvalideret idé"*, som de syge så igen *"smitter"* andre med.

Denne smarte kemikalieindustri opfundne løgn, med henblik på at skjule miljøårsagerne til sygdommen og i stedet psykiatrisere de syge, har elektricitets- og telekomindustrien taget til sig med kyshånd, for den kan jo også bruges til EHS. Det fremgår med overvældende tydelighed af rapporten fra WHO's IEMFP Konference i Prag i 2004 om EHS. Her fortalte Staudenmeyer de undrende forskere, at:

"IEI er en beskrivende term, som ikke implicerer en miljømæssig årsagssammenhæng (ætiologi), immunologisk overfølsomhed eller sårbarhed. IEI kan yderligere modificeres ud fra typen af den miljømæssige agens, som det drejer sig om, dvs. hhv. IEI (kemikalier), IEI (mad) eller – hvilket er relevant for denne workshop vedr. elektromagnetiske felter IEI (EMF)..." (46)

Det overbeviste åbenbart mange af arbejdsgruppens deltagere, herunder bl.a. industrirådgiveren, ICNIRP medlemmet Anders Ahlbom, ICNIRP medlemmet Eric von Rongen, Lawrie Challis fra Mobile Telecommunications & Health Research Programme, UK, som også finansierer Rubin et als falsk-negative EHS forskning (25) og så selvfølgelig Herman Staudenmeyer fra Behavioral Medicine and Biofeedback Clinic, Denver, USA og de vedtog følgende ordlyd:

"Derfor fastslås det, at termen Idiopathic Environmental Intolerance (symptomerne tilskrives elektromagnetiske felter) eller IEI-EMF erstatter termer, som implicerer et etableret kausalt forhold mellem symptomer og elektromagnetiske felter (f.eks. elektromagnetisk hypersensitivitet, elektrosensitivitet og hypersensitivitet overfor elektricitet)" (56).

Den eneste forsker, der tilsyneladende protesterede mod denne grove manipulation, var professor Olle Johansson, som fik indført en bemærkning om, at han ikke var enig i rapporten. Men

derudover slugte alle deltagere kemikalieindustriens IEI fupnummer og konverterede en miljøsygdom forårsaget af elektromagnetiske felter/stråling til en psykiatrisk lidelse.

Det var lige vand på Repacholis mølle og året efter i ”Faktablad 269” kunne han så, samtidig med han havde fået Rubins et als falske industribetalte EHS forskning i hus, manuducere verdens sundhedsmyndigheder og læger i løggen om, at der ikke er etableret kausalitet mellem eksponering for EMF/EMR og EHS, og at EHS derfor ikke skyldes en immunologisk eller anden sårbarhed overfor EMF/EMR. Selvom han besluttede et bibevare termen EHS for nærværende, sørgede han alligevel behændigt for at få lodset IEI ind ad bagevejen, så ordet ”*elektro*” kunne ryge ud og dermed enhver konnotation til, at EMF/EMR forårsager EHS, og at årsagen til EHS er ”*ukendt*”.

Alt synes således i sin skønneste orden, for IEI er jo foreslået af WHO – remember – på IPCS mødet i 1996, så SST har da sit på det tørre, når de flittigt bruger IEI om EHS, ikke? Der er bare den hage ved hele arrangementet, som både Repacholi/Ahlbom og andre ICNIRP- og industritilknyttede medlemmer og ikke mindst Staudenmeyer helt glemte at oplyse på WHO konferencen i 2004, hvor IEI blev vedtaget, og som Repacholi også helt har glemt at oplyse i ”Faktablad 269”, at IEI overhovedet ikke er foreslået af WHO! Det var måske derfor Repacholi ikke turde anerkende IEI i ”Faktablad 269”, når det kom til stykket?

For det forholder sig tværtimod omvendt: WHO prøvede faktisk at stoppe kemikalieindustriens påstand om, at WHO støttede navneændringen fra MCS til IEI. For efter workshop-mødet mellem kemikalieindustriens repræsentanter, udsendte WHO en ansvarsfraskrivelse vedr. IEI opfindelsen. Her skriver WHO:

”en workshop-rapport til WHO med konklusioner og anbefalinger repræsenterer de inviterede eksperter mening og repræsenterer ikke nødvendigvis WHOs beslutning eller videnskabelige mening. Med hensyn til MCS har WHO hverken antaget eller tilsluttet sig en policy eller videnskabelig mening” (56).

Det følger heraf, at WHO altså heller ikke har antaget eller tilsluttet sig en policy eller videnskabelig mening om EHS. At denne information både blev ”glemt” på 2004 konferencen, så deltagerne ikke fik at vide, at WHO har fraskrevet sig IEI betegnelsen og i ”Faktablad 269”, hvor det også forties, at WHO har fraskrevet sig IEI betegnelsen, så det fremstår som om det er WHO, der har anbefalet IEI termen, viser med al tydelighed, at IEMFPs/Repacholis promovning af IEI er industriopfundet svindel fra ende til anden.

Jeg må derfor spørge om, hvorfor den danske Sundhedsstyrelse igen og igen bruger denne ”*IEI*”/”*idiopatisk miljøintolerance*” kemikalieindustri opfundne fupbetegnelse, som altså ikke stammer fra WHO, der tværtimod direkte har fraskrevet sig den til at psykiatisere miljøsyge mennesker, herunder EHS ramte? Det gør SST flere steder, bl.a. i svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg i 2012 (11). Her føres de folkevalgte altså groft bag lyset og misinformeres om, at EHS ikke skyldes eksponering for EMF/EMR, men er en psykisk lidelse, kaldet ”*funktionelle somatiske syndromer eller idiopatisk miljøintolerance*” (8,11). Det er en skandale uden lige, som Folketinget omgående bør sætte en stopper for.

2. Psykiatisering: ”funktionel lidelse”

Den anden term, udover ”*idiopatisk miljøintolerance*” (IEI), som SST også nu gør brug af for at misinformere om, at EHS skulle være en psykisk lidelse, er termen ”*funktionelle somatiske syndromer*”/”*funktionel lidelse*”. Disse betegnelser er længe blevet anvendt af visse psykiatere i Danmark, i dag anført af professor Per Fink, for at psykiatisere en række sygdomme, herunder ME/CFS, fibromyalgi og whiplash, som er karakteriseret af en række uspecifikke symptomer, hvor det påstås, at man ikke ved, hvad de skyldes (medical unexplained). På den baggrund postulerer disse psykiatere, at de syge ”derfor” lider af en somatoform = psykisk sygdom, selvom egentlig lægelig forskning foretaget på et medicinsk-lægevidenskabeligt grundlag dokumenterer, at de syge har et væld af patofysiologiske skader. De whiplash ramte har skader på hjernestammen og man ved, de er skadet i trafikken. ME/CFS er anerkendt som en neurologisk sygdom af WHO siden

1969, men som nævnt er årsagen hemmeligholdt af den engelske regering, men kan meget vel være EMF eksponering. De fibromyalgi ramte har en dokumenteret tilgrundliggende abnorm central smerteregulering, som omfatter sensibilisering og dysfunktion af smertemodulerende systemer. Man ved altså, at det drejer sig om somatiske sygdomme (63).

Imidlertid introducerer Repacholi i *"Faktablad 269"*, at termen også kan bruges om EHS og MCS, fordi:

"både EHS og MCS er karakteriseret af en række ikke-specifikke symptomer, som tilsyneladende ikke har noget toksikologisk eller fysiologisk grundlag" ... "og forstyrrelserne har lignende ikke-specifikke medicinsk uforklarede symptomer"

Men som jeg har påvist, er grunden til, at IEMFP/Repacholi kan påstå et manglende fysiologisk grundlag for EHS, at han bygger på subjektive og ikke objektive undersøgelser af EHS ramte. For de objektive fysiske undersøgelser viser, at EHS har et fysiologisk grundlag, som er kausalt forbundet med EMF/EMR eksponering. EHS er altså ikke medicinsk uforklaret.

Og at der heller ikke skulle være et toksikologisk grundlag er usandt. For i den mest internationalt anerkendte lærebog i toksikologi for læger, er der et endog meget stort kapitel, om elektromagnetiske felters/strålings toksikologiske virkninger (60).

Og EHS forskning har bl.a. påvist, at hos EHS ramte forårsager EMF/EMR-eksponering direkte hypoperfusion i hjernens blodkar (for lav blodgennemstrømning), hvilket både det amerikanske militær, såvel som ny forskning ved ARTAC har påvist (57, 58). Som nævnt dokumenterer forskningen også derudover en række andre patofysiologiske skader hos EHS ramte, når de eksponeres for EMF/EMR.

Med den viden jeg har som psykolog og den viden jeg har om elektromagnetiske felters påvirkning af bl.a. centralnervesystemet, det autonome og perifere nervesystem samt immunsystemet og det kardio-vaskulære system, er det krystalklart for mig, at strålingen kan forårsage neurologiske/neuropsykologiske/adfærdsskader og forstyrrelser, hvis symptomer, ligesom ved andre hjerneskader og neurologisk sygelighed, kan forveksles med psykiske/psykiatriske/adfærdsforstyrrelser, som har en følelsesmæssig/mental årsagsforklaring. Så meget desto vigtigere er det, at det er kompetente somatiske læger og specialister, der kan skelne mellem fysiologisk ætiologi og en psykisk ætiologi, som udreder og behandler EHS ramte.

Det er derfor meget uansvarligt, at de danske sundhedsmyndigheder promoverer de psykiatere og psykologer, med psykiater professor Per Fink fra *"Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og psykosmatik"* i Århus i spidsen, som bruger andre vildledende betegnelser for EHS som *"funktionel lidelse"*, *"bodily distress disorder"*, som heller ikke er godkendte af WHO, til at psykiatisere de miljøsyge EHS ramte med.

For ligesom Rubin, Wessely et al, hører Per Fink til de psykiatere, som slår sig op på miljøsygdommene, bl.a. EHS, uden at vide det mindste om hverken EHS eller EMF/EMR. Følgende udtalelse fra Per Fink om EHS er symptomatisk:

"Patienterne oplever selv, at der en sammenhæng mellem deres symptomer og for eksempel elektriske felter, men lægeligt er der ingen slinger i valsen, det kan ikke påvises" (61).

Det er en typisk udtalelse fra Per Fink, der er kendt for sin skråsikkerhed og uvidenhed – ikke en god kombination – men åbenbart gangbar i dagens Danmark. Således har Bente-Ingrid Bruun beskrevet, at stor viden om menneskers fysiske sygdomme ikke er en del af Per Finks uddannelse (63). Selv har jeg tidligere beskrevet i forbindelse med MCS, hvordan andre danske psykiatere frit og frejdigt springer over alt det videnskabelige bøvl med at interessere sig for forskning i de miljøsyges symptomers forbundethed med patofysiologiske skader som følge af eksponering for miljømæssige agenser, for i stedet at gå direkte til en – totalt udokumenteret – "diagnosticering" af miljøsyge som psykisk syge (62).

Det er derfor også intet mindre end en katastrofe, at de praktiserende læger, som følge af Per Finks og hans liges oplæg til DSAM's (Dansk Selskab for Almen Medicin) om funktionelle lidelser i

2011, nu misinformeres om, at EHS er en funktionel lidelse, dvs. en psykisk sygdom (20). Af oplægget fremgik bl.a., at de praktiserende læger – ligesom i ”Faktablad 269” – rådes til ikke at tage de EHS ramtes klager og behov for beskyttelse mod EMF/EMR alvorligt. F.eks. rådes lægerne til at møde de EHS ramte patienter med ”*stoisk ro*”, hvilket ikke kunne være mere kontraindiceret, fordi de EHS ramtes helbred er helt afhængigt af, at lægen tværtimod handler hurtigt og får sørget for, at de syge bliver skærmet mod yderligere bestråling.

I rapporten fra WHO konferencen i 2004 nævner Olle Johansson en lignende lægeattitude, han har hørt fra andre læger:

”at den bedste måde at behandle EHS ramte på er at komplet ignorere dem via tavshed”

Og han fortsætter:

”Det er en stor gåde, hvorfor disse ’eksperter’ ikke skal stå til regnskab og at det ikke får nogen personlige konsekvenser for dem. De risikerer ingenting, der bliver ikke sat spørgsmålstegn ved deres kompetence som læger eller deres egnethed som repræsentanter for lægeprofessionen. Ingenting! Hvad er det for et samfund?”

Der er rigtig mange EHS ramte, der må spørge om det samme. Hvad er det for et samfund, der på denne måde diskriminerer og chikanerer stærkt syge og handicappede mennesker, fordi årsagen til deres sygdom og handicap er en ubekvem sandhed for magthaverne og som derfor bruger alle den institutionelle korruptions metoder for at lukke munden på dem?

Psykiatisering af miljøsygdomme er social kontrol

I sin glimrende bog ”*Liaisonpsykiatri og TERM modellen*” leverer psykolog Bente-Ingrid Bruun en skarpsindig analyse af denne rædselsfulde tingenes tilstand i Danmark. Bl.a. gør hun rede for, at miljøsygdommene MCS og EHS (men også ME/CFS og andre sygdomme) psykiatiseres som ”funktionelle lidelser” i Danmark ud fra økonomiske motiver, herunder for at spare penge dels til medicinsk korrekt undersøgelse af de syge, dels til offentlig bistand f.eks. sygedagpenge og førtidspension og for at forhindre at de får erstatning. Derfor er bl.a. Trygfonden en aktiv spiller med særdeles rundhåndet finansiering af de to centre for funktionelle lidelser i København og Århus. De skal sammen med de praktiserende læger yde psykiatrisk behandling til de over 300.000 danskere som er ”funktionelt syge”, hvoraf de fleste, som jeg har påvist, har EHS.

Bente-Ingrid Bruun kalder det en ”*magtfuld, mørk diskriminerende sundhedspolitik*”, at miljøsygdomme i Danmark usynliggøres gennem konvertering til funktionelle diagnoser (63).

Og jeg kunne ikke være mere enig. Der foregår en gennemgribende misinformation drevet af institutionel korruption i Danmark, som udgår fra Sundhedsstyrelsen, så de almindelige danskere intet aner om miljøsygdommens himmelflugt. For som Bente-Ingrid Bruun skriver, så:

”forties det, at der findes uundgåelige miljøsygdomme i højteknologiske trådløse samfund på grund af stigende eksponering fra kemiske stoffer og EMF/EMR. I EU har markedet 1. prioritet og politisk/finansielle kræfter tillader usunde markeder og produkter. Oplysning om mulige skadevirkninger tilbageholdes af hensyn til globale markeder, og øget sygelighed bliver individualiseret, psykologiseret og psykiatiseret. Ansvar for samfundsskabte sygdomme lægges på den enkeltes skuldre, mens magtfulde aktører prøver at løbe fra deres ansvar. Det er kynisk, men sandt” (63)....

og hun fortsætter:

”Den enkelte multsystem- og overfølsomhedssyge er magtesløs og retsløs i forhold til den opprioriterede liaisonpsykiatri, men i patientforeninger søger de sammen at arbejde imod diskriminerende behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Da DSAM udsendte ovenfor nævnte høringsudkast i oktober 2011 vedrørende ’Vejlledning om Funktionelle Symptomer og Lidelser’ til efteruddannelse af praktiserende læger, indsendte patientforeninger og mange enkeltpersoner hørings svar, selvom de ikke stod på høringslisten, og nogen hørings svar kan læses bagerst i bogen (Bilag I-XIV), mens andre kan læses på www.dsam.dk” (63).

Jeg og psykolog Susanne Bølling var selv nogen af dem, der den 24. oktober 2011 indsendte høringsvar til DSAM for EHS Foreningen af Eloverfølsomme. Her redegør vi bl.a. for noget af den videnskabelige forskning der foreligger om EHS og den evidens, der dokumenterer, at EHS er en fysisk/neurologisk/neuropsykologisk sygdom, som er årsagsforbundet med eksponering for EMF/EMR. Vi påpeger desuden, at DSAMs vejledning slet ikke har gennemgået eller forholdt sig til den videnskabelige dokumentation, selvom formålet med DSAMs kliniske vejledninger netop er ”at gennemgå og indsamle den aktuelle viden” om de sygdomme, de udtaler sig om (64).

Endelig påpegede vi, at inkludering af EHS som en ”funktionel lidelse”, samt klassificering af EHS med begreberne ”bodily distress”, ”bodily distress syndrome” under ”p75 somatoform forstyrrelse i ICPC” ikke er lægefagligt motiveret (64).

Folketinget bedes anerkende EHS som en fysisk miljøsygdom

For det forholder sig sådan, at hverken ”IEP” eller ”funktionelle lidelser” eller ”bodily distress disorder” er WHO anerkendte diagnoser. Danmark følger WHO's diagnosesystem ICD og ingen af disse ”diagnoser” figurerer eller er anerkendt her. Alligevel får Per Fink og andre psykiatere såvel som de praktiserende læger lov til at stille disse hverken valide eller godkendte diagnoser af bl.a. EHS ramte, på trods af at,

”Danmark har ratificeret og implementeret WHO's ICD klassifikationssystem, og vi derfor er forpligtede til at følge de diagnostiske retningslinjer” (63).

Så hvorfor bruger SST disse ”diagnoser” og tillader de liaisonpsykiatriske centre og de praktiserende læger at anvende dem, bl.a. i svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg samt i andre svar og notater?

Jeg må derfor igen spørge – denne gang i forbindelse med behandlingen af de EHS ramte – **hvad foregår der i Danmark?** Hvorfor har Danmarks sundhedsmyndigheder de sidste mange år brugt uautoriserede, kemikalieindustri og elektricitets- og mobilindustri opfundne falske psykiatriske diagnoser og tilladt danske læger og psykiatere at diagnosticere det stærkt stigende antal danskere, som er miljøsyge på grund af eksponering for elektromagnetiske felter/stråling og kemiske stoffer med disse uautoriserede diagnoser?

Jeg vil på det kraftigste opfordre Folketinget til at sætte en stopper for det og læse – ikke bare Den Østrigske Lægeforenings EHS retningslinjer en ekstra gang – men også skriften på væggen. I bl.a. Frankrig og Israel og i mange andre lande har myndighederne, som jeg har beskrevet, gennemskuet industriens, IEMFPs og ICNIRPs paradeforestilling og handlet ansvarligt. Bl.a. skal den franske regering undersøge, hvor mange franskmænd, der har EHS og den israelske regering skal undersøge hvor mange israelske børn, der har EHS, samt hvilke beskyttelses- og saneringsforslag, der kan iværksættes, så de kan beskyttes mod EMF/EMR.

Det er mit håb, at Folketinget med denne rapport forstår alvoren og hvor meget det haster med at iværksætte lignende tiltag i Danmark. I den forbindelse vil jeg minde om Hallbergs og Oberfeldts kurve over fremskrivningen af forekomsten af EHS. Det er for sent at vente på, at vi alle er blevet EHS ramte.

Referencer kapitel 1

1. WHO (IARC) (2011): "Press release No 208, May 2011: IARC Classifies Radiofrequency Electromagnetic Fields as Possibly Carcinogenic to Humans"
<http://www.iarc.fr/>
2. Baan R et al (2011): "Carcinogenicity of radiofrequency electromagnetic fields" The Lancet Vol 12 July 2011
[http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(11\)70147-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(11)70147-4/fulltext)
3. European Parliament (2009): "Health concerns associated with electromagnetic fields" Text adopted Thursday 2. April 2009, Bruxelles. Final edition
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=EN&reference=P6-TA-2009-216>
4. European Environmental Agency (2007): "Radiation risk from everyday devices assessed"
<http://www.eea.europa.eu/highlights/radiation-risk-from-everyday-devices-assessed>
5. Council of Europe (2011): "The Potential Dangers of Electromagnetic Fields and their Effects on the Environment". RES 1815 (2011). Parliamentary Assembly. Text adopted by the Standing Committee acting on behalf of the Assembly 27 May 2011
<http://www.assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta11/ERES1815.htm>
Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
6. Freiburger Appellen (2002):
<http://www.igumed.de/apell.html>
Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
7. American Academy of Environmental Medicine AAEM (2012): "Electromagnetic and Radiofrequency Fields Effect on Human Health"
<http://www.aaemonline.org/>
8. Resolution of Russian National Committee on Non-Ionizing Radiation Protection (RNCNIRP) (2011): "Electromagnetic Fields from Mobile Phones: Health Effects on Children and Teenagers". April 2011. Moscow
<http://www.emf-net.ru/>
9. ICEMS International Commission for Electromagnetic Safety
<http://www.icems.eu>
10. Fragopoulou A, Grigoriev Y, Johansson O, Margaritis LH, Morgan L, Richter E, Sage C (2010): "Scientific Panel on Electromagnetic Field Health Risks: Consensus points, recommendations and rationales". Scientific Meeting: Seletun, Norway, November 17-21 2009. Environ Health 2010, 25: 307-317
11. Irish Doctors Environmental Association IDEA
http://ideaireland.org/library_categories/emr/
12. Bamberger-appellen (2004):
http://www.milieuziektes.nl/Rapporten/Appell_AerzteBamberg230704.pdf
13. European Environmental Agency EEA (2001 og 2011): "Late lessons from early warnings: the precautionary principle, EEA, Copenhagen
<http://eea.europa.eu>
14. Jacobsen ET, Bølling S (2013): "Brev til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg d. 3. marts 2013: Foretræde d. 19. marts 2013: Den tiltagne forværring af befolkningens sundhedstilstand med fokus på neurologiske/neuropsykologiske skader som følge af elektromagnetisk stråling"
<http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/bilag/194/1222343.pdf>
15. Folketinget (2013): "Spørgsmålene 498, 499, 500 og 501 fra Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg til Sundhedsministeren"

<http://www.ft.dk/samling/2012/almdel/suu/spm/498/index.htm>

<http://www.ft.dk/samling/2012/almdel/suu/spm/499/index.htm>

<http://www.ft.dk/samling/2012/almdel/suu/spm/500/index.htm>

<http://www.ft.dk/samling/2012/almdel/suu/spm/501/index.htm>

16. Sundhedsstyrelsen / Statens Institut for Strålebeskyttelse (2013): "NOTAT - udsættelse for radiofrekvente felter (REMF)" 19. juni j.nr. 1-6210-5/1
<http://sundhedsstyrelsen.dk/sis>
17. Rådet for Helbredssikker Telekommunikation,
<http://www.helbredssikker-telekommunikation.dk/>
18. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2013/traadloes-teknologi-ingen-evidens-for-helbredsmaessige-konsekvenser>
19. Poulsen et al (2012): "Mobile Phones and Multiple Sclerosis - A Nationwide cohort study in Denmark" PLOS One 2012; 7 (4)
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0034453>
20. Schüz J, Valdemar G, Olsen JN, Johansen C (2009): "Risiko for affektion af centralnervesystemet ved brug af mobiltelefon - en sekundærpublikation" Ugeskrift for Læger 171/45 2. november 2009
21. Herbert M, Sage C (2012): "Findings in Autism (ASD) Consistent with Electromagnetic Fields (EMF) and Radiofrequency Radiation (RFR) i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"
22. Bellieni C, Pinto 1 (2012): "Fetal and Neonatal Effects of EMF" i BioInitiative Working Group "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"
23. Hardell L, Carlberg M, Mild EH (2012): "Use of Wireless Phones and Evidence for Increased Risk of Brain Tumours" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation".
24. Blank M (2012): "The Cellular Stress Response: EMF-DNA Interaction" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"
25. Zu Z, Chen G (2012): "Evidence for Effects on Gene and Protein Expression: (Transcriptomic and Proteomic Research)" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"
26. Lai H (2012): "Neurological Effects of Non-Ionizing Electromagnetic Fields" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"
27. The Interphone Study Group (2010): "Brain Tumour Risk in Relation to Mobile Telephone Use: results of the INTERPHONE international case-control study + Appendix 1+ 2" International Journal of Epidemiology 2010 39:675-694
28. Cardis et al (2011): "Risk of brain tumours in relation to estimated RF dose from; mobile phones: results from five Interphone countries" Occupational and Environmental Medicine
<http://oem.bmj.com/content/68/9/631.full.pdf>
29. Fragopoulou AF, Margaritis LH (2012): "Evidence for EMF Transcriptomics and Proteomics Research 2007 - 2012" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation".
30. Salford LG, Nittby H, Persson BRR (2012): "Effects of Electromagnetic Fields from Wireless Communications upon the Blood-Brain Barrier" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation".
31. Davanipour Z, Sobel E (2012): "ELF MF - Melatonin Production - Alzheimers Disease and Breast Cancer" i BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically- Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation".

32. Davanipour Z, Sobel E, Garcia A (2008): "Occupational exposure to extremely low frequency electric and magnetic fields and Alzheimers disease: a meta analysis" *Int J Epidemiol* Vol 37, issue 2, pp 229-340
33. Behari J, Rajmani P (2012): "Electromagnetic Field Exposure Effects (ELF EMF and RFR) on Fertility and Reproduction" i *BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"*
34. Johansson O (2007): "Evidence of Effects on the Immune System" i *BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Electromagnetic Radiation"*
35. Kundi M (2012): "Evidence for Childhood Cancers (Leukemia) i *BioInitiative Working Group: A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"*
36. Johansson O (2009): "Disturbance of the immune system by electromagnetic fields - a potentially underlying cause for cellular damage and tissue repair reduction which could lead to disease and impairment" *Pathophysiology* 16 (2-3):157-177
37. Sundhedsstyrelsen (2007): "NOTAT fra Sundhedsstyrelsen vedrørende vurdering af BioInitiative Rapporten", 9. oktober 2007 j.nr. 7-302-01-147/1
38. Statens Institut for Strålebeskyttelse (2013): "Notat: Udsættelse for radiofrekvente elektromagnetiske felter (REMF)", 1. marts 2013 J. nr. 1-6210-5/1 PEY
39. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2007): "BioInitiative Report: A Rationale for A Biologically-based Public Exposure Standard for Electromagnetic Fields (ELF and RF)", *Pathophysiology* 16, 2009
<http://www.bioinitiative.org>
40. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2012): "BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation"
<http://www.bioinitiative.org>
41. Skaftnesmo T (2012): "Folkefiender" Kapitel 3: "Strålende nye Verden" Paradigmeskifte Forlag 2012
42. Landgrebe M, Hauser S, Langguth, Frick U, Hajak G, Eichhammer P (2007): "Altered cortical excitability in subjectively electrosensitive patients: results of a pilot study", *J. Psychsom Res* 62(3):283-288
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17324677>
43. Landgrebe M, Frick U, Hauser S, Langguth B, Rosner R, Hajak G, Eichhammer P (2008): "Cognitive and neurobiological alterations in electromagnetic hypersensitive patients: results of a case-control study". *Psychol Med* 38(12):1781-1791
44. Lyskov E, Ponomarev V, Sandström M, Mild KH, Medvedev S (1995): "EEC Synchronization in man under influence of the modulated illumination" *Human Physiology*, 21:6; 38-41
45. Lyskov E, Ponomarev V, Sandström M, Mild KH, Medvedev S (1998): "Stady-state visual evoked potentials in computer monitor flicker" *Int Journal of Psychophysiology* 28:285-290
46. Lyskov E, Sandström M, Hansson Mild K (2001): "Neuropsychological study of patients with percieved electrical sensitivity" *Int J Psychophysiol* 42, 233-241
47. Lyskov E, Sandström M, Mild K (2001): "Provocation study of persons with percieved electrical hypersensitivity and controls using magnetic field exposure and recording of electrophysiological characteristics" *Bioelectromagnetics* 22:457-462
48. Marino A (2012): "Response to letter to the editor concerning "Electromagnetic Hypersensitivity: Evidence for a Novel Neurological Syndrome" *Int J Neurosci Early On-line* 1-2
49. McCarty DE, Carruba S, Chesson AL, Frilot C, Gonzalez-Toledo E, Marino AA (2011): "Electromagnetic Hypersensitivity: Evidence for a Novel Neurological Syndrome" *Int J*

Neurosci 121:670-676

50. Oberfeld G, Enrique NA, Manuel P, Ceferino M, Gomez-Perretta C (2004): "The Microwave Syndrome - Further Aspects of a Spanish Study" 3.rd International Workshop on Biological Effects of Electromagnetic Fields, Kos Greece
51. Navarro EA, Sequra J, Portoles M, Gomez-Perretta de Mateo C (2003): "The Microwave Syndrome: a preliminary study in Spain", *Electromag Biol Med* 122:161-169
52. Sandström M, Lyskov E, Hansson Mild K (1995): "Neurophysiological effects of flickering light on patients with electrical hypersensitivity" in: Katalainen J, Knave B, eds. "Electromagnetic Hypersensitivity" 2,nd Copenhagen Conference Denmark
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9029427>
53. Sandström M, Lyskov E, Hansson Mild K (1994): "Neurophysiological effects of flickering light on patients with electrical hypersensitivity" Proceeding at the Workshop on Project 244: Biomedical Effects of Electromagnetic Fields" Graz, Østrig 26-27 sept:88-93, XIII/72/95-EN
54. Sandström M, Lyskov E, Berglund A, Medvedev S, Hansson Mild K (1997): "Neurophysiological effects of flickering light ind patients with percieved electrical hypersensitivity" *LOEM* 39:15-22
55. Sandström M, Lyskov E, Hornsten R, Hansson Mild K, Wiklund U, Rask P, Klucharec B, Bjerle P (2003): "Holter ECG monitoring in patients with percieved electrical hypersensitivity", *Int J Psychophysiol* 49:227-235
56. Schreier N, Huss A, Roosli M (2006): "The prevalence of symptoms attributed to electromagnetic field exposure: a cross-sectional representative survey in Switzerland". *Soz Preventiv Med* 51:202-209
57. Thomas S, Kühnlein A, Henrich S, Prami G, Nowak D, von Kreis R, Radon K (2008): "Personal exposure to mobile phone frequencies and well-being in adults: a cross- sectional study based on dosimetry". *Bioelectromagnetics* 29:463-470
58. Thomas S, Heinrich SG, von Kreis R, Radon K (2010): "Exposure to radio-frequency electromagnetic fields and behavioural problems in Bavarian children and adolescents". *Eur J Epidemiol* 25(2):135-141
59. TNO Physics and Electronics Laboratory, The Netherlands (2003): "Effects of Global Communications System radio-frequency fields on well-being and cognitive functions of human beings with and without subjective complaints" Netherlands Organisation for Applied Scientific Research 1-63
60. Tuengler A, von Klitzing L (2012): "Mobile phones, electromagnetic hypersensitivity and the precautionary principle" *Electromagnetic Biol Med* 1-10
DOI:10.3109/15368373.2012.712856
61. Rea, W. J, Pan Y, Yenyves EJ, Sujisawa I, Samadi N, Ross GH (1991): "Electromagnetic Field Sensitivity", *Journal of Bioelectricity* 10 (1&2): 241 - 256
62. Von Klitzing (umweltphysikalische Messungen GbRm Wiesenthal)
<http://www.umweltphysik.com>
63. Belpomme D (2010): "Le syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques (SICEM): ARTAC (Association Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse) 2010
www.artac.info
64. Buchner K, Eger H (2010): "Veränderung Klinisch bedeutsamer Neurotransmitter unter den Einfluss modulierter hochfrequenter Felder - Eine Langzeiterhebung unter lebendnahen Bedingungen" *Umwelt-medizin-gesellschaft*
65. Mueller CH, Krueger H, Schierz C (2000): "Project Nemesis: Double-Blind Study on Effects of 50 Hz EMF on Sleep Quality and Physiological Parameters in People Suffering from Electrical Hypersensitivity" HIA Swiss Federal Institute of Technology ETH, 8092, Zürich, Switzerland
66. Santini FR, Santini P, Le Ruz P, Danze JM, Seigne M (2003): "Survey study of people living in the vicinity of cellular phones base stations" *Electromag Biol Med* 22:41-49

67. Hutter H-P, Moshammer H, Wallner P, Kundi M (2006): "Subjective symptoms, sleeping problems and cognitive performance in subjects living near mobile base stations" *Occup Environ Med* 63:307-313
68. Abdel-Rassul G, El-Fatah OA, Salem MA, Michael A, Farahat F, EL Batanouny M, Salem E (2007): "Neurobehavioural effects among inhabitants around mobile phone base stations" *Neurotoxicology* Mar 28:434-40
69. Blettner M, Schlehofer B, Breckenkamp J, Kowall B, Schmeidel S, Reiss U, Pothoff P, Schütz J, Berg-Bekhoff B (2009): "Mobile phone base-stations and adverse health effects: Phase 1 of a population-based cross-sectional study in Germany" *Occup Environ Med* 66:124-130
70. Khurana VG, Hardell L, Everaet J, Bortkiewicz A, Carlberg M, Ahonen M (2010): "Epidemiological Evidence for a Health Risk from Mobile Phone Base Stations" *Int J Occup Environ Health* 16:263-267
71. Glazer Z (1971): "Bibliography of Reported Biological Phenomena (Effects) and Clinical Manifestations Attributed to Microwave and Radio-Frequency Radiation - Research Report", Naval Medical Research Institute 4. October 1971
72. Levitt BB, Lai H (2010): "Biological effects from exposure to electromagnetic radiation emitted by cell tower base stations and other antennas arrays" *Environ Rev* 18:369-385
73. Hardell L et al (2008): "Increased concentrations of certain persistent organic pollutants in subjects with self-reported electromagnetic hypersensitivity - a pilot study", *Electromag Biol Med* 27(2): 197-203
74. Lilienfeld AM, Libayer GM, Cauthen J, Tonascia S, Tonascia J (1978): "Evaluation of health status of foreign service and other employees from selected eastern European embassies". Foreign Service Health Status Study. Final Report. Contract no. 6025-619037 (NTIS publication P8-288 163/9). Washington D.C.: National Technical Information Service, US Department of Commerce
75. Bevington M (2010): "Electromagnetic - Sensitivity and Electromagnetic - Hypersensitivity also known as Asthenic Syndrome, EMF-Intolerance Syndrome, Idiopathic Environmental Syndrome-EMF, Microwave Syndrome, Radiowave Sickness - A Summary", Capability Books, UK
76. US Army Intelligence and Information Agency (DoD) (1976): "Biological Effects of Electromagnetic Radiation (Radiowaves and Microwaves) - Euroasian Communist Countries (U)", DST-1810S-074-76, DIA TASK PT-1810-02-75, March 1976
<http://www.magdahavas.com/category/from-zorys-archive>
77. Hecht K, Balzer HU (1997): "Biological Effects of Electromagnetic Fields on Humans in Frequency Range 0-2 GHz: Summary and Results of A Study of Russian Medical Literature from 1960-1996". German Federal Ministry for Postal Services and telecommunications, Berlin 1997
78. World Health Organisation (1973): "International Symposium, Research Agreement No 05-604-04 Biological Effects and Health Hazards of Microwave Radiation" Warsaw Poland 1973
http://mistic.heig-vd.ch/taillard/microwave_effects/
79. Naval Studies Board, Division of Engineering and Physical Sciences, National Academy of Science, National Research Council (2002): "Assessment of Science and Technology about Non-Lethal Weapons" i reference 39
80. Hardell L, Walker MJ, Wahlhjal B, Friedman LS, Richter ED (2006): "Secret Ties to Industry and Conflicting Interests in Cancer Research" *American Journal of Industrial Medicine*
81. Carlo G (2007): "The Latest Reassurance Ruse About Cell Phones and Cancer" *Journal of the Australian College of Nutritional & Environmental Medicine*, April 2007
82. Slesin L (2006): "Radiation Research and the Cult of Negative Results. Microwave News vol 26 No 4 July 2006
<http://microwavenews.com/>

83. Huss A, Egger M, Hug K, Huwiler-Müntener K, Rösli M (2007): "Source of Funding and Results of Studies of Health Effects of Mobile Phone Use: Systematic Review of Experimental Studies", *Environmental Health Perspectives*, volume 115, number 1 January 2007
84. Phillips JL, Ivaschuk O, Ishida-Jones T, Jones RA, Cambell-Beachler M, Haggren W (1998): "DNA damage in Molt-4 T-lymphoblastoid cells exposed to cellular telephone radiofrequency fields in vitro" *Bioelectrochemistry and bioenergetics* vol 45, Issue 1, March 1998, 103-110
85. Hennies, Neitzke, Voigt (2007): "Mobile Telecommunications and Health Review of Current Scientific Research", T-Mobile, Hannover, April 2007
86. Nilsson M (2010): "Mobiltelefonins Hälsorisker - Fakta om vår tids största miljö- och hälsoskandal", Mona Nilssons Miljöbyrå
87. Swisscom AG (2004): "W0 2004/075583 A1; Applicant: Swisscom AG
88. Michaels D (2008): "Doubt Is Their Product - How Industry's Assault on Science Threatens Your Health" Oxford University Press
89. Michaels D, Monforton C (2005): "Manufacturing Uncertainty: Contested Science and the Protection of the Public's Health and Environment" *American Journal of Public Health Supplement 1*, 2005, vol. 95, No S1
90. Union of Concerned Scientists (2012): "Heads They Win, Tails We Loose - How Corporations Corrupt Science at the Public's Expense" Union of Concerned Scientists, Citizens and Scientists for Environmental Solutions, february 2012
<http://www.ucsua.org/corporateinterference>
91. Gøtsche PC (2013): "Dødelig Medicin og Organiseret Kriminalitet - Hvordan medicinalindustrien har korruperet sundhedsvæsenet" People's Press, København 2013
92. Oreskes N, Conway EM (2011): "Merchants of Doubt - How a Handfull of Scientists Obscured The Truth On Issues From Tobacco Smoke to Global Warming" Bloomsbury 2011
93. Jacobsen K (2012): "Asbest - magisk mineral og dræberstøv. Asbestskandalen på Dansk Eternit-Fabrik" Informations Forlag
94. Adlkofer F (2011): "Vår beskyttelse mod stråling er i strid med vitenskapen" Foredrag af Professor Franz Adlkofer 3. november 2011 på Harvard Law School.
<http://today.law.harvard.edu/at-center-for-ethics-event-cell-phone-radiation-and-institutional-corruption-addressed-video/> http://www.folkets-stralevern.no/images/foredrag_av_adlkofer_med_bilder_2012-01-07.pdf
95. Johansen C (2012): "mail d. 9. marts 2012 til Mette Øhlenschläger, Sundhedsstyrelsen" Emne: VS A new incidence paper. Dokumentresumé SJ20120906123838578.txt dokumentnr: 354802
96. Ingeniøren (2007): "Styrelse om mobilstrålings-rapport: Sjusket partsindlæg"
<http://www.ing.dk/artikel/81852>
97. Sundhedsstyrelsen, Forskerpanelet vedrørende radiofrekvente elektromagnetiske felter og deres betydning for folkesundheden (The Panel) (2004): "Minutes from the first meeting" 24. august 2004, Sundhedsstyrelsen lke@sst.dk
98. Maisch D (2010): "The Procrustean Approach - Setting Exposure Standards for Telecommunications Frequency Electromagnetic Radiation - An examination of the manipulation of telecommunications standards by political, military and industrial vested interests at the expense of public health protection" Ph.D. University of Wollongong, Australia
<http://www.emfacts.com/the-procrustean-approach/>
99. BT (2013): "Danmark i bund med beskyttelse" 1. juli 2013
100. Lissabon Traktaten (2008): ""Artikel 191", Folketingets EU-oplysning
<http://www.eu-oplysningen.dk>
101. European Commission (2000): "European Commission Communication on The Precautionary Principle" 2. February 2000

http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/library/pub/pub07_en.pdf

http://ec.europa.eu/environment/docum/2001_en.htm

102. United Nations (1992): ""Rio-Deklarationen", Rio Conference on the Environment and Development, Brazil 1992
103. Damvik M, Johansson O (2010): "Health Risk Assessment and Electromagnetic Fields: a conflict between the Precautionary Principle and environmental medicine methodology," Review on Environmental Health 26 (4): 325-333
<http://wifiinschools.org.uk/resources/Damvik+Johansson.pdf>
104. Phillips JL, Singh NP, Lai H (2009): "Electromagnetic Fields and DNA damage" Pathophysiology 16 (2009) 79-88
105. Lai H (2003): "Guest blog from Mike Repacholi". Henry Lai on March 17 at 02.50 Dariusz Leszczynski blog
<http://betweenrockandhardplace.wordpress.com/2013/>

Referencer kapitel 2

1. Folketinget (2013): "Spørgsmål 499 fra Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg til Sundhedsministeren"
<http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/499/svar/1042378/index.htm>
2. ICNIRP (1998): "Guidelines for Limiting Exposure To Time-Varying Electric, Magnetic and Electromagnetic Fields (Up to 300 GHz)", Health Physics, Vol. 74, no. 4, 494-522
3. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2007): "BioInitiative Report: A Rationale for A Biologically-based Public Exposure Standard for Electromagnetic Fields (ELF and RF)", Pathophysiology 16, 2009 <http://www.bioinitiative.org>
4. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2012): "BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation" <http://www.bioinitiative.org>
5. Fragopoulou A, Grigoriev Y, Johansson O, Margaritis LH, Morgan L, Richter E, Sage C (2010): "Scientific Panel on Electromagnetic Field Health Risks: Consensus points, recommendations and rationales". Scientific Meeting: Seletun, Norway, November 17-21 2009. Environ Health 2010, 25: 307-317
6. Hellberg K (2008): "Strålande tilvaro - Elektromagnetisk strålning och hälsorisker"
<http://www.maxicom.se/>
7. Folketinget (2013): "Spørgsmålene 561 og 562 fra Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg til Sundhedsministeren samt opfølgning bilag 434"
<http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/561/index.htm>
<http://www.rtdk.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/562/index.htm>
<http://www.ft.dk/>
8. European Parliament (2009): "Health concerns associated with electromagnetic fields" Text adopted Thursday 2. April 2009, Bruxelles. Final edition
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=EN&reference=P6-TA-2009-216>
9. ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) <http://www.anses.fr>
10. Tachover D (2013): <http://www.emfacts.com>
11. Ljusglimten,(2013): Nr. 4 2013 <http://www.feb.se>
12. Council of Europe (2011): "The Potential Dangers of Electromagnetic Fields and their Effects on the Environment". RES 1815 (2011), Parliamentary Assembly, Text Adopted by the Standing Committee acting on behalf of the Assembly 27 May 2011
<http://www.assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta11/ERES1815.ht>

[m](#)

Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>

13. European Environmental Agency (2007): "Radiation risk from everyday devices assessed" <http://www.eea.europa.eu/highlights/radiation-risk-from-everyday-devices-assessed>
14. European Environmental Agency (2001): "Late Lessons from Early Warnings: The Precautionary Principle 1996-2000" http://www.eea.europa.eu/publications/environmental_issue_report_2001_22
15. Gee D (2009): "Late Lessons from Early Warnings: Toward realism and precaution with EMF?" Pathophysiology (2009), doi:10.1016/j.pathophys.2009.01.04
16. Freiburger Appellen (2002): http://www.elektrosmognews.de/Freiburger_Appell.pdf
Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
17. Bamberger-appellen (2004): http://www.milieuziektes.nl/Rapporten/Appell_AerzteBamberg230704.pdf
18. Resolution of Russian National Committee on Non-Ionizing Radiation Protection (RNCNIRP) (2011): "Electromagnetic Fields from Mobile Phones: Health Effects on Children and Teenagers". April 2011. Moscow <http://www.emf-net.ru/>
19. American Academy of Environmental Medicine AAEM (2012): "Electromagnetic and Radiofrequency Fields Effect on Human Health" <http://www.aaemonline.org/>
20. International Commission on Electromagnetic Safety ICEMS (2006): "Benevento Resolution" http://www.icems.eu/benevento_resolution.htm
21. International Commission on Electromagnetic Safety ICEMS (2011): "Porto Alegre Resolution" http://www.icems.eu/docs/resolutions/Porto_Alegre_Resolution.pdf
22. Irish Doctors Environmental Association IDEA http://ideaireland.org/library_categories/emr/
23. Maisch D (2010): "The Procrustean Approach - Setting Exposure Standards for Telecommunications Frequency Electromagnetic Radiation - An examination of the manipulation of telecommunications standards by political, military and industrial vested interests at the expense of public health protection" Ph.D. University of Wollongong, Australia <http://www.emfacts.com/the-procrustean-approach/>
24. Nilsson M (2010): "Mobiltelefonins Hälsorisker - Fakta om vår tids största miljö- och hälsoskandal", Mona Nilssons Miljöbyrå
25. ICNIRP (1999): "Use of ICNIRP Guidelines" Mar 31 1999 <http://www.icnirp.de/documents/Use.pdf>
26. ICNIRP (2002): "ICNIRP Statement: General Approach to Protection Against Non-Ionising Radiation" Health Physics, April 2002, volume 82. number 4 p.546-547
27. Baan R et al (2011): "International Agency for Research on Cancer (IARC)" 12. July 2011 vol 12 <http://www.thelancet.com/oncology>
28. Jacobsen ET, Bølling S (2013): "Foretræde d. 19. marts 2013: Den tiltagende forværring af befolkningens sundhedstilstand med fokus på neurologiske/neuropsykologiske skader som følge af elektromagnetisk stråling" 3. marts 2013 <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/bilag/194/1222343.pdf>
29. Gomez-Perretta C, Navarro EA, Segura J, Portoles M (2013): "Subjective symptoms related to GSM radiation from mobile phone base stations: a cross-sectional study" BMJ Open 2013 3:e003836. doi:10.1136/bmjopen-2013-003836
30. Khurana VG, Hardell L, Everaet J, Bortkiewicz A, Carlberg M, Ahonen M (2010): "Epidemiological Evidence for a Health Risk from Mobile Phone Base Stations" Int J Occup Environ Health 16:263-267
31. Rees G (2011): "Letter to Parents on Fertility and other Risks to Children from Wireless Technologies"

- <http://electromagnetichealth.org/electromagnetichealth-blog/letter-to-parents/>
32. Davis D, (2010): "Disconnect - The Truth About Cell Phone Radiation, What the Industry Has Done To Hide It, and How to Protect Your Family", Dutton 2010
 33. <https://www.apple.com/legal/rfexposure/iphone2,1/da/>
 34. Markov M, Grigoriev YG (2013): "Wi-Fi technology - an uncontrolled global experiment on the health of mankind" *Electromagnetic Biology and Medicine*, June 2013 32(2): 200-208.
 35. Adlkofer F (2012): "Vår beskyttelse mod stråling er i strid med vitenskapen" Harvard Lecture 3. nov, 2011
<http://today.law.harvard.edu/at-center-for-ethics-event-cell-phone-radiation-and-institutional-corruption-addressed-video/> http://www.folkets-stralevern.no/images/foredrag_av_adlkofer_med_bilder_2012-01-07.pdf
 36. Havas M (2010): "Dirty Electricity: The Missing Link". Symposium: The Chemical Mechanisms leading to EMF sensitivity"
http://www.aehf.com/symposium_2010/2010_internet_brochure.doc
 37. Havas M, Stetzer D (2004): "Graham/Stetzer filters improve power quality in homes and schools, reduce blood sugar levels in diabetics, multiple sclerosis symptoms and headaches", International Conference on Childhood Leukemia, London 6th - 10th september 2004
 38. Wertheimer N, Leeper E (1979): "Electric wiring configurations and childhood cancer", *American Journal of Epidemiology* 109 (1979) 273-284
 39. <http://www.iarc.fr/>
 40. Johansson O, Liu P-Y (1995): "Electrosensitivity", "electrosupersensitivity" and "screen dermatitis": preliminary observations from on-going studies in the human skin" in: Simunic D (Ed): "Proceedings of the COST 244: Biomedical Effects of Electromagnetic Fields - Workshop on Electromagnetic Hypersensitivity, Brussels/Graz EU/EC (DGXIII) 1995 pp.52-57
 41. Nordström G, von Scheele (1995): "Fältslaget om de elöverkänsliga", Tidens Förlag, Stockholm
 42. Rea, W. J, Pan Y, Yenyves EJ, Sujisawa I, Samadi N, Ross GH (1991): "Electromagnetic Field Sensitivity", *Journal of Bioelectricity* 10 (1&2): 241 - 256
 43. Maisch D (2005): "Mike Repacholis 2004 conference statement" i "Report on the International Mobile Communications and Health", Medical, Biological and Social Problems" sep 20-22, Moscow, Russia 2004, *European Biology and Bioelectromagnetics* Vol 1, Issue 1 2005
 44. ICNIRP (2009): "Exposure to High Frequency Electromagnetic Fields, biological effects and health consequences (100 KHz - 300 GHz)" <http://icnirp.de/documents/Rfreview.pdf>
 45. ICNIRP (2007): "An Independent Voice in NIR Protection" <http://www.icnirp.de/what.htm>
 46. Repacholi M (2001) "Inquiry into Electromagnetic Radiation, Standing Committee on the Environment, Communications; Information Technology and the Arts" (Australian Senate) May 2001: "Testimony of Mike Repacholi" i Maisch reference 23
 47. Brundtland GH (2000): "Response of WHO to the Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents" WHO June 10, 2000 i Maisch reference 23
 48. WHO (2000): "Tobacco Company Strategies, to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organisation" Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents, July 2000 i Maisch reference 23
 49. World Health Organisation (2006): "The International EMF Project: Progress Report June 2005 - 2006" WHO
 50. Slesin L (2005): "WHO and the Electric Utilities/Money talks and the WHO follows" *Microwave News* 8, October 2005
<http://microwavenews.com/news/money-talks-and-who-follows>
 51. WHO (2004): "M. Repacholi: Welcoming representation, 9.th International Advisory Committee (IAC) Meeting, Istanbul, Turkey, June 2004", i reference 23

52. Kleja M (2012): "Strålforskara kringgår avtalet om oberoende" NyTeknik
http://www.nyteknik.se/nyheter/it_telekom/mobiltele/article3483861.ece
53. Slesin L (2006): "It's Official: Mike Repacholi Is an Industry Consultant And He's already in Hot Water", Microwave News, November 2006 <http://microwavenews.com/CT.html>
54. Ergo T (2012): "De Latterlige - og jagten på Gro" PLOT April 2012
55. Marino A (2013): "Mike Repacholi SOB at WHO" <http://andrewamarino.com/blog/?p=154>
56. Sperling V (2012): "USA militariserer alle klodens hjørner" Politiken 26. juli 2012
57. Maisch D (2013): "Are the RF Standards/Guidelines (IEEE C95.1 and ICNIRP) subservient to US Airforce weapons development" 21.10.2013
<http://www.emfacts.com/2013/10/are-the-rf-standardsguidelines-ieee-c95-1-and-icnirp-subservient-to-u-s-airforce-weapons-development/>
https://www.fbo.gov/index?s=opportunity&mode=form&id=037cb43c3a566d03397b3be1898c5823&tab=core&_cvview=0
58. Sundhedsstyrelsen (2004): "Forskerpanelet vedrørende radiofrekvens elektromagnetiske felter og deres betydning for folkesundheden.(The Panel)", 24. august 2004 aktindsigt. Sundhedsstyrelsen <http://www.sum.dk/>
59. Ahlbom A (2011): "Låg risk att mobilen orsakar hjärntumör". Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)
<http://www.forte.se/sv/Publicerat/Forskare-berattar/Forskare-berattar-2011/Lag-risk-att-mobilen-orsakar-hjarntumor/>
60. Slesin L (2011): "IARC Drops Anders Ahlbom from RF-Cancer Panel" Microwave News 22. may 2011, <http://microwavenews.com/Ahlbom.html>
61. Atterbom D (2011): "Prisad Mona för energi att fortsatte", Ljusglimten nr. 2 2011
<http://www.feb.se>
62. Interphone Study Group (2011): "Brain tumour risk in relation to mobile telephone use: results of the INTERPHONE international case-control study + Appendix 1 + 2" Int. J. Epidemiology 2010 39 675-94 + Appendix 2 1-5
63. Hardell L, Carlberg M, Hansson Mild K (2011): "Pooled analysis of case-control studies on malignant brain tumours and the use of mobile and cordless phones including living and deceased subjects", Int. J. Oncol. 2011 38:1465-74
64. Cardis E, Armstrong BK, Bowman JD et al (2011): "Risk of brain tumours in relation to estimated RF dose from mobile phones - results of five Interphone countries" Occup Env Med 2011, published online june 9, DOI: 0.1136/oemed-2011-100155
65. Sundhedsstyrelsen (2013): "Habilitetserklæring for medlemmer & råd, konsulenter mm. for Sundhedsstyrelsen" vedr. Christoffer Johansen 29. januar 2013
66. Schüz J, Jacobsen R, Olsen JH, Boice JD Jr., McLaughlin JK, Johansen C (2006): "Cellular Telephone Use and Cancer Risk: Update of a Nationwide Danish Cohort" J Nat Cancer Inst 2006, 98:1707-13
67. Carlo G (2007): "The Latest Reassurance Ruse About Cell Phones and Cancer" J Aust Call & Env Med Vol. 26, No 1 (april 2007) p. 10-13
68. Leszczynski D (2011): "Why are epidemiologists (mis)leading us about cell phone radiation exposure?" 16. december 2011
<http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/between-rock-and-hard-place/2011/dec/16/cellphone-epidemiologist-radiation-danish-cohort/>
69. Hardell L, Carlberg M, Gee D (2012): "Mobile Phone Use and Brain Tumour Risk: Early Warnings, Early Actions" i EEA: "Emerging Issues/Mobile Phone and Brain Tumour Risks, Early Warnings, Early Actions. Late Lessons from Early Warnings: Science, Precaution, Innovation
70. Morgan L (2011): "The Danish Cell Phone Subscriber Study on the Risk of Cancer Among Subscribers is Fundamentally Flawed" 2. november 2011 i "Use of Mobile Phones and Risk of

- Brain Tumours: Update of Danish Cohorte Study" BMJ 2011
<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6387?tab=responses>
71. Phillips A, Lamburn G (2011): "Updated study contains poor science and should be disregarded" i "Use of Mobile Phones and Risk of Brain Tumours: Update of Danish Cohorte Study", BMJ 2011
<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7899>
 72. Slesin L (2011): "The Danish Cohort Study: "The Politics and Economics of Bias" Microwave News 3. november 2011
<http://microwavenews.com/DanishCohort.html>
 73. Bruun B-I (2009): "De Trådløse Samfund" Books on Demand, København 2009
 74. <http://www.who.int/peh-emf/publications/riskenglish/en/index.html>
 75. Jacobsen ET (2010): "Danish Research Center Stirs Ire" Our Toxic Times'. Chemical Injury Information Network, December 2010, Volume 21, Number 12
<http://www.ciin.org>
 76. McCambell (2001): "Chair Multiple Chemical Sensitivities Task Force of New Mexico: Multiple Chemical Sensitivity under Siege" Townsend Letters 2001
 77. World Health Organisation (1996): "Note to invited participants in the MCS Workshop 21-23 feb 1996, Berlin, Germany
 78. Nordström G (2000): "Mörkläggning - Elektronikens rättslösa offer" Hjalmarson och Högberg Bokförlag
 79. Sundhedsstyrelsen (2007): "Notat vedrørende vurdering af Biolnitiative Rapporten" 9. oktober 2007. J. nr. 7-302-01-147/1
 80. Statens Institut for Strålebeskyttelse (2013): "Notat: Udsættelse for radiofrekvente elektromagnetiske felter (REMF)", 1. marts 2013 J. nr. 1-6210-5/1 PEY
 81. ICNIRP (2010): "Fact Sheet: On the Guidelines for Limiting Exposure to Time-varying Electric and Magnetic Fields (I Hz - 100 KHz)" Health Physics 99(6):818-836, 2010
 82. Ljusglimten (2013): "Brundtland nobbar mobilen" nr. 3 2013 Källa:
<http://www.aftenbladet.no/nytte/livsstil/--Jeg-unngar-a-snakke-i-mobilen-3207225.html>
 83. Havas M (2010): "Gro Harlem Brundtland talks at the University of Waterloo"
<http://www.magdahavas.com/gro-harlem-brundtland-talks-at-the-university-of-waterloo/>
 84. Becker R (1990): "Cross Currents - The Perils of Electropollution - The Promise of Electromedicine", Tarcher, Penguin 1990
 85. Hect K, Balzer HU (1997): "Biological Effects of Electromagnetic Fields on Humans on the Frequency Range 0-3 GHz: Summary and results of a study of Russian Medical litterature from 1960-1996", German Federal Ministry for Postal Services and Telecommunications, Berlin 1997, i reference 23
 86. Grant L (1996): "Microwave Sickness" 5 part Series, Electrosensitivity News, Vol. no. 6 1996 og Vol 2 no. 1-4 1997, i reference 23
 87. Havas M (2010):
<http://www.magdahavas.com/category/from-zorys-archive/>
 88. Hjollund NE, Bonde JP, Skotte J (1987): "Semen analysis of personel operation military radar equipment", Reprod Toxicol 11(6):897
 89. Becker RO, Selden G (1985): "The Body Electric - Electromagnetism and the Foundation of Life" , Morrow 1985
 90. Trower B (2010): "Electromagnetic Radiation and Its Effect on the Brain- An Insider Speaks Out"
<http://www.sott.net/article/207247-Electromagnetic-radiation-and-its-effect-on-the-brain-an-insider-speaks-out>
 91. Goldsmith J (2005): "Epidemiology Evidence of Radiofrequency Radiation (Microwawe) Effects of Electromagnetic Fields" in Harris, Randy and Allen (eds.): "Rhetorics and

- Incommensurability" Parlor Press p. 464-505
92. Goldsmith J (1995): "Where the Trail Leads" Eubios Journal of Asian and International Bioethics" Vol 5, jul 1995 P 93
 93. Steneck N et al (1980): "The Origins of US Safety Standards for Microwave Radiation" Science, Vol. 208, 1980 pp.1230-7
 94. Lilienfeld AM, Libayer GM, Cauthen J, Tonascia S, Tonascia J (1978): "Evaluation of health status of foreign service and other employees from selected eastern European embassies". Foreign Service Health Status Study. Final Report. Contract no. 6025-619037 (NTIS publication P8-288 163/9). Washington D.C.: National Technical Information Service, US Department of Commerce
 95. Trower B (2013): "Wi-Fi - A Thalidomide in the Making - Who Cares? , september 2013 http://bemri.org/component/docman/doc_download/451-wi-fi-a-thalidomide-in-the-making-who-cares.html
 96. World Health Organisation (1973): "International Symposium, Research Agreement No 05-604-04 Biological Effects and Health Hazards of Microwave Radiation" Warsaw Poland 1973 http://mistic.heig-vd.ch/taillard/microwave_effects/
 97. Johansson O (2009): "Disturbance of the immune system by electromagnetic fields - a potentially underlying cause for cellular damage and tissue repair reduction which could lead to disease and impairment" Pathophysiology 16 (2-3):157-177
 98. Belpomme D (2010): "Le syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques (SICEM): ARTAC (Association Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse) 2010 <http://www.artac.info> Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
 99. Havas M, Marrongelle J, Pollner B, Kelly E, Rees ORG, Tully L (2010): "Provocation study shows microwave radiation from 2,4 GHz cordless phone affects autonomic nervous system" in "Non-Thermal Effects and Mechanisms between Electromagnetic Fields and Living Matter". An ICEMS Monograph, Ramazzini Institute, European Journal of Oncology, vol 5 <http://www.magdahavas.com/wordpress/wp-content/uploads/2010/10/Havas-HRV-Ramazzini1.pdf>
 100. US Defence Intelligence Agency (1976): "DST - 18105-076-76, March 1976" i reference nr. 95
 101. Rifat T (2001): "Microwave Mind Control: Mind Control and the UK" Chapter 4 p.83 i reference 95
 102. Naval Studies Board, Division of Engineering and Physical Sciences, National Academy of Science. National Research Council (2002): "Assessment of Science and technology about Non-Lethal Weapons" i Biolnitiative Report, fererence 3
 103. Philips A. Lamburn G (2013): "Natural and Human-activity generated Electromagnetic Fields on Earth"
 104. Philips P, Brown L, Thornton B: "Electromagnetic Weapons and Human Rights" course no 11 p.40 Sonora State University - As a Study of the History of US Intelligence Community Human Rights Violation and Continuation Research in Electromagnetic Weapons Project Censored: Media Freedom Foundation", i reference 95
 105. Divan HA, Kheiferts L, Obel C, Olsen J (2008): "Prenatal and Postnatal Exposure to Cell Phone Use and Behavioral Problems in Children", Epidemiology, volume 19 no 4
 106. Divan HA, Kheiferts L, Obel C, Olsen J (2012): "Cell phone use and behavioral problems in young children" J Epidemiol Community Health 66:524-529
 107. Gosselin M-C, Kühn S, Kuster N (2013): "Experimental and numerical assessment of low-frequency current distributions from UMTS and GSM mobile phones" Physics in Medicine and Biology 58 (2013) 8339-8357
 108. Cammaerts H-C, Johansson O (2013): "Ants can be used as bio-indicators to reveal biological effects of electromagnetic waves from wireless apparatus" Electromagnetic Biology and Medicine

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/15368378.2013.817336>

109. Gøtsche PC (2013): "Dødelig Medicin og Organiseret Kriminalitet - Hvordan medicinalindustrien har korrumperet sundhedsvæsenet" People's Press, København 2013

Referencer kapitel 3

1. <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/500/svar/1054956/1250592/index.htm>
2. The Interphone Study Group (2010): "Brain Tumour Risk in Relation to Mobile Telephone Use: results of the INTERPHONE international case-control study + Appendix 1+ 2" International Journal of Epidemiology 2010 39:675-694
3. Cardis et al (2011): "Risk of brain tumours in relation to estimated RF dose from mobile phones: results from 5 Interphone countries" Occupational and Environmental Medicine oem.bmj.com/content/
4. Hardell L, Carlberg M, Hansson Mild (2011): "Pooled analysis of case-control studies on malignant brain tumours and the use of cordless phones including living and deceased subjects" International Journal of Oncology 2011 38:1465-74
5. IARC (2011): "Press release No 208, 31. May 2011: "IARC Classifies Radiofrequency Electromagnetic Fields as Possibly Carcinogenic To Humans <http://www.iarc.fr/>
6. Baan R et al (2011): "Carcinogenicity of radiofrequency electromagnetic fields" The Lancet Vol 12 July 2011
[http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(11\)70147-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(11)70147-4/fulltext)
7. IARC Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans vol 102
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol102/index.php>
8. IARC (2011): "The eyes of the world were upon us"
<http://www.monographs.iarc/index.php>
9. IARC (2011): "IARC Monographs on Carcinogenic Risk to Humans", Volume 102: "Non-Ionizing Radiation. Part ii: Radiofrequency Electromagnetic Fields (incl. mobile phones, microwaves and radar)", IARC, Lyon, France, 24-31 May 2011
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol102/index.php>
10. Wertheimer N, Leeper E (1979): "Electric wiring configurations and childhood cancer", American Journal of Epidemiology 109 (1979) 273-284
11. <http://www.iarc.fr/>
12. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2012): "BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation" <http://www.bioinitiative.org>
13. <http://www.helbredssikker-telekommunikation.dk/>
14. <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/566/svar/1054998/1250708/index.htm>
15. Schüz J, Jacobsen R, Olsen JH, Boice JD, McLaughlin JK, Johansen C (2006): "Cellular telephone use and cancer risk: update of a nationwide danish cohort" Journal of the National Cancer Institute, 2006;98:369-81
16. Nilsson M (2010): "Mobiltelefonins Hälsorisker - Fakta om vår tids största miljö- och hälsoskandal", Mona Nilssons Miljöbyrå
17. Carlo G,(2009): "The Latest Reassurance Ruse About Cell Phones and Cancer" J Aust.Coll. Nutr. & Env. Med. Vol. 26 No. 1 pp.10-13
18. Habiletetserklæring for medlemmer af nævn & råd, konsulenter m.m. for Sundhedsstyrelsen, versionsdato 29. januar 2013 og 6. oktober 2007 Christoffer Johansen
19. Hardell L, Walker MJ, Wahlhjalmt B, Friedman LS, Richter ED (2006): "Secret Ties to Industry and Conflicting Interests in Cancer Research" American Journal of Industrial Medicine
20. Johansen C, Boice JD, McLaughlin JK et al (2002): "Mobile Phones and Malignant Melanoma of the eye", British Journal of Cancer

21. <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/567/svar/1054995/12607/index.htm>
22. Christensen et al (2005): "Cellular telephones and risk for brain tumours: a population-based incident case-control study" Neurology 2005
23. Slesin L (2011): "The Danish Cohort Study: "The Politics and Economics of Bias" Microwave News 3. november 2011
<http://www.microwavenews.com/DanishCohort.html>
24. Frei P, Poulsen AH, Johansen, C, Olsen JH, Steding-Jessen M, Schütz J (2011): "Use of mobile phones and risk of brain tumours: update of a Danish cohort study" British Medical Journal <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6387>
25. Horsevad K (2014): "Fjernaflytning - Virkninger og konsekvenser." Udarbejdet for Rådet for Helbredsikker Telekommunikation, 2014
http://stopsmartmeter.dk/Fjernaflytning_Elmaalere---Virkninger_og_Konsekvenser.pdf
26. Glaser MM, Leszczynski B, Khurana VG, Frey AH, Wright SJ, Lloyd Morgan L, Davis DL, Herberman RB, Stein Y, Gurjral DM, Henshaw DL, Phillips A, Lamburn G (2011): "Use of mobile phones and risk of brain tumours update of Danish cohort study: Recent Rapid Responses" BMJ 2011
<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6387?tab=responses>
27. IARC (2011): "Monograph meeting 102: Non-Ionizing Radiation, Part ii: Radiofrequency Electromagnetic Fields (includes mobile phones)" Transcript of podcast
<http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2011/monograph102.php>
28. Statens Serum Institut(2011): "Cancerregistret" <http://sundhedsstyrelsen.dk/sis>
29. Kræftens Bekæmpelse (2012): "Presemedelse 2. november 2012
30. Microwave News (2013): "Something Is Rotten in Denmark - Danish Cancer Society Plays Games with Brain Cancer Rates" 13. december 2013 <http://microwavenews.com/>
31. Statens Serum Institut (2013): "Cancerregistret - Tal og analyser" Cancerregistret 2013
<http://sundhedsstyrelsen.dk/sis>
32. Doherty M, Khurana VG, Shadbolt B, Jain S, Smith SF, Smee R, Dexter H, Cook R (2011): "Increasing incidence of glioblastoma multiforme and meningioma, and decreasing incidence of Schwannoma (2000-2008): Findings of a multicenter Australian study" Surgical Neurology International
33. Sundhedsstyrelsen, Strålsikkerheds Myndigheden, Statens Strålevern, STUK, Geislavami Rikisins(2013): "Exposure from mobile phones, base stations and wireless networks - A statement by the Nordic radiation safety authorities" 17. december 2013
34. Council of Europe (2011): "The Potential Dangers of Electromagnetic Fields and their Effects on the Environment". RES 1815 (2011), Parliamentary Assembly 27. May 2011
<http://www.assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta11/ERES1815.htm>
Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
35. European Parliament (2009): "Health concerns associated with electromagnetic fields" Text adopted Thursday 2. April 2009, Bruxelles. Final edition
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=EN&reference=P6-TA-2009-216>
36. EEA (2011): "Non thermal effects and mechanisms of interaction between EHF and living matter: A selected summary" of ICEMS. Red: Guilian L and Soffrotti M: Ramazzini Institute, European Journal of Oncology, Library 5 2010, David Gee, EEA 18 february 2011
37. ICEMS (2011): "Porto Alegre Resolutionen"
http://www.icems.eu/docs/resolutions/Porto_Alegre_Resolution.pdf

Referencer kapitel 4

1. Austrian Medical Association (2012): "Guideline of the Austrian Medical Association for the diagnosis and treatment of EMF-related health problems and illnesses (EMF syndrome). Consensus paper of the Austrian Medical Association's EMF Working Group" 3. march 2012 <http://www.aerztekammer.at/referate> Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
2. <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/501/svar/1042378/index.htm>
3. <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/498/svar/1054950/1250575/index.htm>
4. Schüz J, Valdemar G, Olsen JN, Johansen C (2009): "Risiko for affektion af centralnervesystemet ved brug af mobiltelefon - en sekundærpublikation" Ugeskrift for Læger 171/45 2. november 2009
5. Privat mail 17.10.2013 fra Gerd Oberfeld, Speaker Environmental Medicine, Austrian Medical Association
6. Blake Levitt B, Lai H (2010): "Biological effects from exposure to electromagnetic radiation emitted by cell tower base stations and other antenna arrays" Environ. Rev. 18:369-395. DOI:10.1139/A10-018
7. Atterbom AR (2010): "Elöverkänslighet i siffror" Miljömagasinet nr. 14, 9. april 2010
8. Sundhedsstyrelsen (2007): "NOTAT fra Sundhedsstyrelsen vedrørende vurdering af Biolnitiative Rapporten", 9. oktober 2007 j.nr. 7-302-01-147/1
9. Sundhedsstyrelsen (2009): "Svar på spørgsmål vedrørende el-overfølsomhed fra Christina Fredsgaard bestyrelsesmedlem i foreningen El-overfølsomme i Danmark" 29-05-2009 j.nr. 7-302-01-53/3 akt. 2
10. Sundhedsstyrelsen (2009): "Svar til den Danske EHS Forening v/Alice Jonassen" 2. november 2009 Journal nr.: 7-302-01-53/3/2
11. Ministeriet Sundhed Forebyggelse (2012): "svar på Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalgs spørgsmål nr. 253". 13. februar 2012 sagsnr.: 1201158 Dok nr.: 815579
12. Statens Institut for Strålebeskyttelse (2013): "Notat: Udsættelse for radiofrekvente elektromagnetiske felter (REMF)", 1. marts 2013 J. nr. 1-6210-5/1 PEY
13. Sundhedsstyrelsen Institut for Strålebeskyttelse (2013): NOTAT: "Udsættelse for elektromagnetiske felter (REMP)" 19. juni 2013 <http://www.sis.dk>
14. WHO (2011): "Summary of the meeting at the WHO Headquarters, May 13th 2011" WHO, Geneve
15. Skaftnesmo T (2012): "Folkefiender - om sannhetens pris og vitenskapens sjel" Paradigmeskifte
16. Olsen E (2013): "Äntligen möte på EU-toppnivå om elöverkänslighet och hälsorisker med elektromagnetiska fält", Ljusglimten nr. 1 2013 <http://www.feb.se>
17. Horsevad K (2014): "Fjernaflæste elmålere - Virkninger og konsekvenser." Udarbejdet for Rådet for Helbredssikker Telekommunikation, 2014 http://stopsmartmeter.dk/Fjernaflaeste_Elmaalere---Virkninger_og_Konsekvenser.pdf
18. Hallberg O, Oberfeld G (2006): "Letter to the Editor: Will We All Become Electrosensitive?" Electromagnetic Biology and Medicine 25:189-1911
19. Kommiteen for sundhedsoplysning (2012): "Når kroppen siger fra" - Udgivet med støtte fra Trygfonden http://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/N_a_r_kroppen_siger_fra.pdf
20. Dansk Selskab for Almen Medicin, DSAM (2011) "Klinisk vejledning om Funktionelle symptomer og lidelser" Høringsudkast 1.10. 2011 <http://www.dsmn.dk>
21. Jacobsen ET, Bølling S (2013): "Foretræde d. 19. marts 2013: Den tiltagende forværring af befolkningens sundhedstilstand med fokus på neurologiske/neuropsykologiske skader som

følge af elektromagnetisk stråling" 3. marts 2013

<http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/bilag/194/1222343.pdf>

22. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2007): "BioInitiative Report: A Rationale for A Biologically-based Public Exposure Standard for Electromagnetic Fields (ELF and RF)", Pathophysiology 16, 2009 <http://www.bioinitiative.org>
23. BioInitiative Working Group, Eds. Carpenter D, Sage C (2012): "BioInitiative Working Group: "A Rationale for Biologically-Based Exposure Standards for Low-Intensity Electromagnetic Radiation" <http://www.bioinitiative.org>
24. Johansson O (2009): "Disturbance of the immune system by electromagnetic fields - a potentially underlying cause for cellular damage and tissue repair reduction which could lead to disease and impairment" Pathophysiology 16 (2-3):157-177
25. Rubin JG, Das Munshi J, Wessely S (2005): "Electromagnetic Hypersensitivity: A Systematic Review of Provocation Studies" Psychosomatic Medicine 67:224-232
26. Marino AA, Carruba S, McCarty DE (2012): "Response to Letter to the Editor Concerning "Electromagnetic Hypersensitivity: Evidence for a Novel Neurological Syndrome"" International Journal of Neuroscience 122, 402-403
27. Den Danske EHS Forening v. Jacobsen ET (2009): "Brev til Sundhedsstyrelsen, v. adm. direktør Jesper Fisker d. 25/10-2009
28. Leszczynski D (2013): ""Voodoo Science" will not solve the causality problem of EHS" The Washington Times Communities 6. august 2013
<http://www.betweenrockandhardplace>
29. Grigoriev Y (2011): "Mobile Communications and health of populations: the risk assessment, social and ethical problems" Environmentalist D01 10.007/SI0669-011-937I-4
30. McCarty DE, Carruba S, Chesson AL, Frilot C, Gonzalez-Toledo E, Marino AA (2011): "Electromagnetic Hypersensitivity: Evidence for a Novel Neurological Syndrome" Int J Neurosci 121:670-676
31. Rubin JG et al (2006): "Are some people sensitive to mobile phone signals? Within participants double blind randomised provocation study" BMJ, April 2006 332:886-891
32. Ladberg G (2008): "Ett vackert fängelse - på flykt från el och mobilstrålning" Gunilla Ladberg Pedagogik & Språk
33. Philips A (2006): "Electromagnetic Hypersensitivity", Appendix 2 www.emfields.org
34. Borenstein A (2013): "Why Dr. Rubins EHS study is problematic? NoTad4U blog sunday february 17 2013
35. Blackman CF (2007): Evidence for disruption by the modulating signal" i reference 22
36. Belpomme D, Havas M (2011): "Electromagnetic Intolerance Elucidated" Interview med Professor Dominique Belpomme og Professor Magda Havas i La Maison du 21e siècle, January 2011
www.emfacts.com/2012/01/electromagnetic-intolerance-elucidated/
37. Markov M, Grigoriev YG (2013): "Wi-Fi technology - an uncontrolled global experiment on the health of mankind" Electromagnetic Biology and Medicine, June 2013 32(2): 200-208.
38. Johansson O (2006): "Electrohypersensitivity: State of-the-Art of a Functional Impairment", Electromagnetic Biology and Medicine 25: 245-258 2006 DOI 1080/15368370601044150
39. WHO (2005): "Fact Sheet No 269: Electromagnetic Hypersensitivity"
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs269/en/print.html>
40. Maisch D (2010): "The Procrustean Approach - Setting Exposure Standards for Telecommunications Frequency Electromagnetic Radiation - An examination of the manipulation of telecommunications standards by political, military and industrial vested interests at the expense of public health protection" Ph.D. University of Wollongong, Australia <http://www.emfacts.com/the-procrustean-approach/>
41. Repacholi M (2001) "Inquiry into Electromagnetic Radiation, Standing Committee on the

- Environment, Communications Information Technology and the Arts" (Australian Senate) May 2001: "Testimony of Mike Repacholi" i Maisch reference 40.
42. Slesin L (2005): "WHO and the Electric Utilities/Money talks and the WHO follows" Microwave News 8, October 2005
<http://microwavenews.com/news/money-talks-and-who-follows>
 43. Slesin L (2006): "It's Official: Mike Repacholi Is an Industry Consultant And He's already in Hot Water", Microwave News, November 2006
<http://microwavenews.com/CT.html>
 44. Nilsson M (2010): "Mobiltelefonins Hälsorisker - Fakta om vår tids största miljö- och hälsoskandal", Mona Nilssons Miljöbyrå
 45. Marino AA (2013): "Michael Repacholi. SOB at WHO"
<http://andrewamarino.com/SOBs.html>
 46. Staudenmeyer H (2004): "Idiopathic Environmental Intolerance (IEI): A Causation Analysis" i "Electromagnetic Hypersensitivity, Proceedings" International Workshop on EMF Hypersensitivity, Prague, Czech Republic, October 25-27, 2004
 47. ICNIRP (2010): "Exposure to Time-Varying Electric & Magnetic Fields" Fact Sheet LF 2010
<http://icnirp.org/activities.htm>
 48. Isager H (2011): "Blinde Pletter - om lægevidenskabens og sundhedssektorens amputerede virkelighed - en kættersk analyse med fokus på epidemien af energitab (ME/CFS, fibromyalgi, elektrofølsomed, multipel kemisk sensitivitet m.fl.)", Hovedland 2011
 49. Maisch D, Rapley B, Rowland RE, Podd J (1993): "Chronic Fatigue Syndrome - Is prolonged exposure to environmental, level powerline frequency electromagnetic fields a co-factor to consider in treatment"? Journal of Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine Vol No 2 Dec. 1998, 29-35
 50. Council of Europe (2011): "The Potential Dangers of Electromagnetic Fields and their Effects on the Environment". RES 1815 (2011). Parliamentary Assembly. Text adopted by the Standing Committee acting on behalf of the Assembly 27 May 2011
Dansk oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>
 51. International Program on Chemical Safety IPCS (1996): "Conclusions and recommendations of a workshop on Multiple Chemical Sensitivities (MCS)" Regulatory Toxicology Pharmacology 1996;2 4, S188-S189
 52. Witthöft M, Rubin JG (2012): "Are media warnings about the adverse health effects of modern life self-fulfilling? An experimental study of idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF)". Journal of Psychosomatic Research (2012)
 53. Boyd I, Rubin GJ, Wessely S (2012) "Taking refuge from modernity: 21st century hermits" Journal of the Royal Society of Medicine 2012: 165:523-529
 54. Jacobsen ET (2010): "Danish Research Center Stirs Ire" Our Toxic Times'. Chemical Injury Information Network, December 2010, Volume 21, Number 12
<http://www.ciin.org>
 55. McCambell A (2001): "Multiple Chemical Sensitivity Under Siege", Chair Multiple Chemical Sensitivities Task Force of New Mexico, Townsend Letter 2001
 56. WHO (2004): "Electromagnetic Hypersensitivity Proceedings. International Workshop on EMF Sensitivity, Prague, Czech Republic, October 25-27 2004
 57. Adams RL, Williams RA (1976): "Biological Effects of Electromagnetic Radiation (Radiowaves and Microwaves) - Russian Communist Countries: (U)" Department of Defense Intelligence Document prepared by the US Army Medical Intelligence and Information Agency and Approved by the Directorate for Scientific and Technical Intelligence of the Defense Intelligence Agency 1976
www.magdahavas.com
 58. Belpomme D ARTAC (2009): "Status over ARTAC's (Association Pour la Recherche

Therapeutique Anti-Cancéreuse) forskning om elektromagnetiske felter"
<http://www.artac.info/images/telechargement/SICEM/electrosensibilite> Dansk
oversættelse: <http://www.ehsf.dk/>

59. WHO (1996): "Note to invited participants in the WHO workshop 21-23 February 1996," Berlin, Germany 6/7/96
60. Behari J (2009): "Biological Correlates of Low-Level Electromagnetic Field Exposure" i "General and Applied Toxicology" Eds. Ballantyne B, Marrs T, Syversen T 2009 3. edition, Chichester, Wiley
61. Hastrup FH (2010): "Ingen hjælp til el-overfølsomme" Journalisthøjskolen 2010
62. Jacobsen ET (2006): "Lægegering uden videnskabelig fundering", Ugeskrift for Læger 168/44 30. oktober 2006
63. Bruun B-I (2012): "Liaisonpsykiatri og TERM-modellen" Books on Demand
64. Jacobsen ET, Bølling S (2011): "Høringssvar fra EHS Foreningen af el-overfølsomme vedrørende Selskab for Almen Medicins udkast til "Klinisk vejledning for Funktionelle symptomer og lidelser" i reference 63

Resume

Den tiltagne forværring af befolkningens sundhedstilstand, særligt den alarmerende øgning i neurologisk/neuropsykologisk sygdom/skader som følge af eksponering for elektromagnetiske felter/stråling (EMF/EMR), er hovedårsagen til, at ADHD, stress, depression, multiple kropslige symptomer, Alzheimers og hjernekræft incidensen er eksploderet og nu rammer næsten 1 million danskere.

Det beskrev psykolog Susanne Bølling og jeg i oplæg d. 3. marts 2013 og ved foretræde d. 19. marts 2013 (<http://www.ft.dk/samling/20121/almindel/suu/bilag/194/1222343.pdf>). Vi bad derfor Folketinget om hurtigt at vedtage beskyttelsesforanstaltninger, ganske særligt mod befolkningens eksponering for elektromagnetisk stråling fra trådløst telekommunikationsudstyr.

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg stillede herefter de 4 spørgsmål 498, 499, 500 og 501 og efterfølgende stillede Per Clausen (EL) yderligere 14 spørgsmål til Sundhedsminister Astrid Krag (SF). om EMF/EMRs sundhedsskadelige virkninger, som Sundhedsstyrelsen besvarede d. 21. maj og 24. august 2013.

Til vores bestyrelse viste det sig, at disse svar er behæftede med en lang række alvorlige misinformationer samt tilbageholdelse af oplysninger. Sundhedsmyndighederne misinformerer altså Folketinget groft om EMF/EMRs sundhedsskadelige virkninger og konsekvenser. I nærværende rapport gennemgås og analyseres derfor disse svar, fortrinsvis på de 4 spørgsmål 498, 499, 500 og 501, hvor misinformationerne og de tilbageholdte informationer påvises og berigtiges

I Kapitel 1 påviser jeg de ukorrekte og misvisende svar på spørgsmål 498, og hvordan Sundhedsstyrelsen ignorerer, underkender og udelader den videnskabelige evidens, der dokumenterer bl.a. neurologiske/neuropsykologiske skader/sygdom i forbindelse med eksponering for EMF/EMR. Jeg redegør desuden for den manglende videnskabelighed i Sundhedsstyrelsens risikovurderinger vedr. EMF/EMRs eksponerings forbindelse med biologiske effekter og helbredsskader og den institutionelle korrupsion, det er udtryk for.

I Kapitel 2 beskriver jeg de ukorrekte og misvisende svar på spørgsmål 499.

Bl.a., hvordan Sundhedsstyrelsen misinformerer Folketinget om andre landes retningslinjer for beskyttelse mod EMF/EMR eksponering. Jeg gør desuden rede for International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRPs) virke og hvordan denne private NGO under ledelse af fysikeren Michael Repacholi igennem mange år har været elektricitets- og telekomindustriens samt militærets interesseorganisation. Dens grænseværdier og retningslinjer for ikke-ioniserende elektromagnetisk stråling baseret på termiske og akutte skader, som Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Strålebeskyttelse retter sig efter i et og alt, beskytter ikke mod de helbredsskader, som opstår ved langvarig bestråling ved ikke-termiske intensiteter, som hele befolkningen nu udsættes for 24/7. Selvom ICNIRP i mange årtier har været helt klar over de ikke-termiske helbredsskaders virkelighed, som EMF/EMR forårsager, bl.a. fra militærets egen forskning, som herudfra har udviklet denne ikke-termiske helbredsskadende virkning som et våben, fortsætter ICNIRP sin grove misinformation overfor nationalstaterne om, at de termiske grænseværdier beskytter mod helbredsskader. EEA, Europaparlamentet og Europarådet har redegjort for strålingens helbredsskadelighed og kraftigt rådet til at iværksætte forholdsregler, men Sundhedsmyndighederne ignorerer fortsat sin forpligtelse til at beskytte den danske befolkning.

I Kapitel 3 beskriver jeg de ukorrekte og misvisende svar på spørgsmål 500 om EMF/EMR som potentielle kræftfremkaldende agenser. Jeg påviser, at Sundhedsstyrelsens misinformationer til Folketinget om EMF/EMRs kræftfremkaldende potentiale, bl.a. har baggrund i Sundhedsstyrelsens konsulent professor Christoffer Johansens stærkt fejlbehæftede mobilforskning, som skarpt kritiseres internationalt, samt i, at Sundhedsstyrelsen mistolker og misinformerer om International Agency for Research on Cancers (IARC)s opgradering af kræftrisikoen fra EMF/EMR i hhv. 2001 og 2011. Den reelle himmelflugt de seneste år i incidenstillene for hjernekræft i Danmark er yderst skræmmende, og jeg stiller spørgsmålstejn ved, om denne stærkt stigende hjernekræft incidens og

dens mulige sammenhæng med mobiltelefoni, forsøges skjult og mørkelagt af de danske sundhedsmyndigheder.

I Kapitel 4 beskriver jeg, hvordan Sundhedsstyrelsen ikke svarer på spørgsmål 501. For Sundhedsstyrelsen gør ikke på nogen måde rede for Den Østrigske Lægeforenings EMF-syndrom (EHS) retningslinjer, som Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg beder om i spørgsmålet. I stedet fortier og misinformerer Sundhedsstyrelsen om retningslinjernes indhold og manipulerer dermed groft. Jeg påviser desuden, at den EHS forskning, som Sundhedsstyrelsen henviser til, er falsk-negativ forskning. Desuden dokumenterer jeg, hvordan det Internationale EMF Projekt (IEMFP) under WHO - også under ledelse af Michael Repacholi - groft har misinformeret nationalstaterne om, at EHS ikke skyldes EMF/EMR eksponering, men er en psykisk sygdom og har rådet dem til ikke at anerkende EHS og jeg viser, at Sundhedsstyrelsens misinformationer stammer herfra.

Jeg beskriver desuden de institutionelt korrupte metoder, IEMFP har anvendt i denne manipulation af nationalstaterne. Det drejer sig om udeladelse af den egentlige videnskabelige EHS forskning og i stedet promovning af falsk-negativ industrifinancieret EHS forskning. Hertil kommer konvertering af EHS til en ny "diagnose" "*Idiopathic Environmental Intolerance*" ("*IEI*"), suppleret med en udokumenteret påstand om, at de EHS ramte er psykisk syge. IEMFP har desuden misinformeret om, at "*IEI*" stammer fra WHO, hvilket imidlertid er usandt. For "*IEI*" blev opfundet af kemikalieindustrien på et møde i 1996, hvor WHO var en af sponsorerne, men efter mødet udsendte WHO en ansvarsfraskrivelse om, at WHO ikke står bag "*IEI*". Det har IEMFP imidlertid ikke oplyst nationalstaterne om.

Disse manipulationer- og misinformationer fra IEMFP har foranlediget Sundhedsstyrelsen til at misinformere Folketinget og andre om, at EHS skal benævnes "*idiopatisk miljøintolerance/funktionel syndrom*", og at EHS ikke skyldes EMF/EMR. Det har igen medført, at de EHS syge danskere er en totalt svigtet patient- og handicapgruppe, som ingen relevant lægehjælp eller handikaphjælp kan få. Samtidig tillades psykiatere og praktiserende læger - helt udokumenteret - at diagnosticere de EHS ramte som psykisk syge, hvilket er et statsautoriseret overgreb.

Jeg beder derfor Folketinget om et sætte en stopper for disse alvorlige uregelmæssigheder og anerkende EHS som en EMF/EMR udløst fysisk sygdom, som den Østrigske Lægeforenings EMF syndrom retningslinjer gør rede for, så de EHS ramte kan få den rette lægelige udredning, diagnose og behandling.

Forkortelser og forklaringer

AAEM	American Academy of Environmental Medicine Amerikansk paraplyorganisation for miljølæger.
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder Neuralt betinget udviklingsforstyrrelse karakteriseret af adfærdsmæssig Symptomatologi, bl.a. overdreven hyperaktivitet, impulsivitet, opmærksomhedsforstyrrelser og forstyrret social adfærd.
ALARA	As Low As Reasonable Achievable Så lavt som rimeligt opnåeligt = forsigtighedsprincippet Forsigtighedsprincippet er indskrevet i Lissabontraktaten. I forhold til EMF/EMR skriver Europarådet i resolution 1815: " <i>Forsigtighedsprincippet anvendes, når den videnskabelige evaluering ikke gør det muligt at fastslå risikoen med tilstrækkelig sikkerhed, især i lyset af den øgede eksponering af børn og unge. Det kan føre til ekstremt store menneskelige og økonomiske konsekvenser, hvis tidlige advarsler ignoreres og man undlader at handle, som det var tilfældet med tobak, benzin og asbest.</i> " Hidtil har Sundhedsstyrelsen ignoreret sin forpligtelse til at implementere ALARA i forhold til elektromagnetisk stråling.
ALS	Amyotrofisk Lateral Sclerose
ANSES	Agence Nationale de Securite Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Frankrigs sundhedsmyndigheder.
CIA	Central Intelligence Agency USA's efterretningsvæsen for efterretninger om udenlandske statsmagter, selskaber og personer. Har også en betydelig paramilitær organisation
DDT	Dichlorophenyltrichlorethan Kraftigt virkende pesticid. Nedbrydes langsomt og akkumuleres i organismer, hvor det kan gøre stor skade. Forbudt i Danmark 1984.
DECT	Digital European Cordless Telephone En digital trådløs telefon, der arbejder ved 1900 MHz. Langt de fleste mærker stråler konstant - også når der ikke tales i telefonen.
DoD	Department of Defence USAs forsvarsministerium.
DNA	Deoxyribonukleineacid Arvematerialet i cellekernerne.
EEA	European Environmental Agency Det Europæiske Miljøagentur.
EEG	Elektro Encefalografi Medicinsk undersøgelse af hjernens elektriske aktivitet.
EHS	Electro Hyper Sensitivity Også kaldt EMF-syndrom og Elektromagnetisk Felt Intolerance (EFI) EMF-syndrom, mikrobølgesyndromet og radiobølge syge, på dansk el-overfølsomhed. En neurologisk-immunologisk sygdom med multiple symptomer udløst af EMF/EMR.

EHC	Environmental Health Criteria Publikation fra IEMFP.
ELF	Extreme Low Frequencies Ekstremt lave frekvenser. Lavfrekvente felter. Ligger mellem 1 - 1000 Hz i frekvensspektret.
EMF	Electromagnetic Fields Elektromagnetiske felter.
EMR	Electromagnetic Radiation Elektromagnetisk stråling Elektromagnetiske felter (EMF)/elektromagnetisk stråling (EMR) er fysiske energifelter/stråler/bølger, som skabes rundt om elektrisk ladede objekter. Et elektromagnetisk felt er en kombination af et elektrisk felt (EF) og et magnetfelt (MF), som begge udstråler fra en elektrisk ladet kilde. Det elektromagnetiske felt/stråling udstråler fra kilden i en bølgende bevægelse eller som små 'pakker' af energi = fotoner. Ved de lave frekvenser beskrives de elektriske og magnetiske felter hver for sig, men i den højfrekvente radio- og mikrobølge frekvente stråling ses de elektriske og magnetiske felter som optrædende sammen i den elektromagnetiske bølge/stråling. Et elektromagnetisk felt har en uendelig udstrækning i rum og påvirker andre elektrisk ladede objekter i omgivelserne. De vil opleve en kraft og blive påvirket af det. Den menneskelige krop er også et elektromagnetisk ladet system og bliver påvirket af elektromagnetiske felter/stråling fra omgivelserne.
EUROPAEM	European Academy of Environmental Medicine Europæisk paraplyorganisation for miljølæger.
EU	European Union Den Europæiske Union.
EPRI	The Electric Power Research Institute USAs elektricitetsindustri forskning og udviklings organisation.
FCC	Federal Communications Commission USAs regerings agentur som regulerer radio, TV, kabel, lednings, trådløs og satellit kommunikation.
FN	Forenede Nationer
G	Gauss Måleenhed for magnetfelter (USA).
GPRS	General Packet Radio Service En måde at sende og modtage data via mobiltelefon. Til forskel fra et almindeligt taleopkald, som kræver en konstant forbindelse mellem opkalder og modtager, bliver den "ønskede" datamængde ved GPRS delt op i små pakker, som sendes hver for sig. Dermed er belastningen af mobilnettet mindre.
HPA	Health Protection Agency (UK)
HPS	American Health Physics Society US specialister som arbejder med strålings helbredseffekter grundlagt i 1956 og oprettede IRPA i 1964.
Hz	Herz Svingninger/cykler/bølger pr. sekund. Måleenhed for elektromagnetisk strålings vibrationsrate. 1 Hz er 1 cyklus pr. sekund. En million cykler pr. sekund er 1 MHz (Megahertz). 1 milliard cykler pr. sekund er 1 GHz. 1 THz (Terahertz) er 1 billion cykler pr. sekund (synligt lys).

IARC	International Agency for Research on Cancer Ekspertpanel af læger under WHO som vurderer kræfttrisikoen fra en lang række miljømæssige agenser. IARC opklassificerede ELF EMF i 2001 og RF EMF i 2011 til 2 B kræftisiko agens (muligt kræftfremkaldende).
ICD	International Classification of Diseases WHO's klassifikationssystem for sygdomme som Danmark har ratificeret
ICEMS	International Commission for Electromagnetic Safety Den internationale kommission for elektromagnetisk sikkerhed.
ICNIRP	International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection En privat forening med hjemsted i München. Har tætte bånd til elektricitets- og teleindustrien som sponsorerer foreningen. Sætter termiske (opvarmnings) grænseværdier for elektromagnetiske felter og stråling, som ikke tager højde for ikke-termiske skadevirkninger og effekter. Ikke desto mindre anvender Sundhedsstyrelsen (Danmark) disse ikke-valide grænseværdier.
IEEE	Institute of Electrical and Electronics Engineers USAs ledende industri organisation oprettet i 1963. Arbejder for fremskridt indenfor elektricitets og elektronik teknologi herunder luftfart, computere, elektrisk strøm, biomedicinsk anvendelse og telekommunikation og sætter grænseværdier for denne teknologi. USAs pendant til ICNIRP.
IEI	International Epidemiology Institute Privat institut som støtter industrien, finansielt, juridisk etc.
IEI	Idiopathic Environmental Intolerance Idiopatisk miljøintolerance. Term opfundet af kemikalie- og medicinalindustrien på møde i WHO i 1996, for at skjule, at kemiske stoffer forårsager MCS. Anvendes nu også, bla. af Sundhedsstyrelsen for EHS, for at skjule, at EHS er EMF/EMR udløst. Se IPCS
IEMFA	International Electromagnetic Field Alliance Paraplyorganisation for en lang række lægegrupper, borgergrupper oa. for at oplyse om EMF/EMRs helbredsskadelighed.
IEMFP	International EMF Project Projekt under WHO, oprettet af tidligere leder af ICNIRP Michael Repacholi. Misinformerer om at EMF/EMR ikke er sundhedsskadeligt mhp. at implementere ICNIRPs grænseværdier. Er stærkt industri-finansieret og -infiltreret.
IF	Intermediate frequencies Også kaldt "dirty electricity"/"støj"/"overharmoniske svingninger" høje frekvenser på ledningsnettet.
ILO	The International Labour Organisation FN agentur m.h.p. at forbedre muligheder for mænd og kvinder til at opnå ordentligt og produktivt arbejde under frie, lige, sikre og værdige forhold.
INIRC	International Non-Ionizing Radiation Committee En arbejdsgruppe under IRPA oprettet i 1974. Blev erstattet af ICNIRP i 1992.

IPCS	<p>International Program on Chemical Safety Kemikalieindustriens interessegruppe som deltog i en workshop i 1996 i Berlin, hvor WHO var en af sponsorerne. Opfandt betegnelsen "IEI" "idiopatisk miljøintolerance" som skulle erstatte MCS (Multiple Chemical Sensitivity) så konnotation til en årsagsforbindelse til kemiske stoffer forsvandt fra navnet og sygdommen i stedet kunne psykiatriseres. WHO ansvarsfraskrev sig efterfølgende betegnelsen "IEI"</p>
IRPA	<p>International Radiation Protection Association Oprettet i 1964 som et internationalt initiativ af Health Physics Society (USA), IRPA er et internationalt forum for nationale strålings-beskyttelses organisationer. IRPA arbejder på at der skal etableres universelt accepterede strålings beskyttelses grænseværdier og retningslinjer via organisationerne IEEEs og ICNIRPs retningslinjer.</p>
LTE	<p>Long Term Evolution 4. generations mobilteknologi. Opererer ved 2600 MHz.</p>
MCS	<p>Multiple Chemical Sensitivity På dansk: kemikalieoverfølsomhed. Miljø multisystem sygdom karakteriseret af multiple symptomer ved eksponering for kemiske stoffer.</p>
ME/CFS	<p>Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom På dansk: kronisk træthedssyndrom. Multisystemsygdom klassificeret som en neurologisk sygdom af WHO siden 1969. Den korrekte betegnelse ifølge WHO's diagnosekode er: "ICD-10 G93.3 postviralt fatigue syndrome, benign myalgic encephalomyelitis".</p>
MS	<p>Multiple Sclerose Neurologisk sygdom.</p>
MW	<p>Microwaves Mikrobølger. De radiobølger, som har frekvens over 300 MHz (Megahertz). Mikrobølger udstråler fra al slags trådløst netværk, telefoner, master, radar.</p>
MWR	<p>Microwave Radiation Mikrobølgestråling.</p>
NATO	<p>North Atlantic Treaty Organisation Militær alliance bestående af 26 nationer fra nord Amerika og Europa. Som følger den nordatlantiske traktat underskrevet i 1949.</p>
NIEHS	<p>National Institute Environmental Health Sciences</p>
NIR	<p>Non Ionizing Radiation Ikke-ioniserende stråling: kan ikke slå en elektron af et atom i modsætning til ioniserende (radioaktiv) stråling.</p>
NGO	<p>Non Governmental Organisation En ikke-statslig og regeringsuafhængig organisation.</p>

PEMF	<p>Pulserende Elektromagnetiske Felter</p> <p>Pulserende (moduleret stråling) anvendes i al trådløs telekommunikations teknologi (mobiltelefoner, mobilmaster, Wi-Fi og andre trådløse netværk, herunder i "smart trådløs aflæsning" ol.). For at radiobølgerne/mikrobølgerne skal kunne overføre information må strålingen moduleres fx i en puls.</p> <p>Den videnskabelige dokumentation viser, at det i høj grad er denne pulsering som er biologisk aktiv, idet den interfererer med kroppens egen informationsoverførsel.</p>
REFLEX	<p>Risk Evaluation of Potential Environmental Hazards</p> <p>Europæisk forskningsprojekt med deltagere fra 12 forskningsinstitutter i 7 forskellige europæiske lande finansieret af EU. Foretog laboratoriestudier for at studere om mobilstråling var cancerfremkaldende. Den endelige rapport kom i 2004 og den dokumenterede, at mobilstråling kan forårsage brud på DNA-streng, som kan medvirke til udvikling af kræft. Projektet var ledet af professor Adlkofer. Efter publicering af resultaterne, blev Adlkofer udsat for en industri-iværksat smædekampagne om at der var snydt med resultaterne, som nær kostede ham karrieren. Medierne bragte gladelig den plantede historie, men Adlkofer fik til sidst oprejsning. Efterfølgende forskning har til fulde dokumenteret, at EMR kan forårsage dobbeltbrud på DNA streng, som fotograferet til forveksling ligner DNA skader som følge af radioaktiv stråling.</p>
RF	<p>Radio Frequency</p> <p>Radiofrekvens. Den del af det elektromagnetiske spektrum, som går fra 30.000 cykler pr. sekund til 1 THz (Teraherz).</p>
RFR	<p>Radio Frequency Radiation</p> <p>Radiofrekvent stråling.</p>
RNCNIRP	<p>Russian National Commission on Non-Ionizing Radiation Protection</p> <p>Ruslands grænseværdi fastsættelsesorganisation.</p>
SAM	<p>Standard Antropomorfic Man</p> <p>En hul plasticdukke med en amerikanske kampsoldats dimensioner fyldt med en elektrolytholdig væske, som skal gøre det ud for et menneske, når man måler og fastsætter SAR.</p>
SAR	<p>Special Absortion Rate</p> <p>Mål for hvor meget RF energi der absorberes i kroppen. SAR udtrykkes i Watt pr. Kg. væv i kroppen (W/Kg) i løbet af en halv time fra udstyr der anvendes tæt på kroppen, fx en mobiltelefon. SAR er et falsk og manipuleret mål som ydermere anvendes forkert, hvor fx en mobiltelefon påføres en SAR-værdi. Men SAR er ikke et mål for aflevering af energi, men for kroppens absorption af energi. Alligevel bruges SAR på denne måde som en helt falsk sikkerhed.</p>
SIS	<p>Statens Institut for Strålebeskyttelse</p> <p>Fungerer under Sundhedsministeriet og Videnskabsministeriet.</p>
SF	<p>Socialistisk Folkeparti</p>
SST	<p>Sundhedsstyrelsen</p>
T	<p>Tesla</p> <p>Mål for magnetfelters effektæthed (Europa).</p>

TCO	Tjänstmännens Central Organisation Svensk fagforening. Tog initiativ i 1980'erne til udvikling af nye standarder for computerskærme med langt mindre udstråling fra elektriske felter og magnetfelter, fordi så mange af TCOs medlemmer blev stærkt el-overfølsomme p.gr.a. computerskærmens stærke elektriske felter og magnetfelter. Disse nye standarder for computerskærme blev gældende over hele verden.
TETRA	Terrestrial Trunked Radio Amplitudemoduleret trådløst kommunikationssystem. Bruges af beredskabsvæsenet. Opererer ved 400 - 470 MHz.
UMTS	Universal Mobile Telephony System 3. generations mobilteknologi. Opererer ved 1920-2170 MHz.
WHO	World Health Organisation
Wi-Fi	Wireless- Fidelity Trådløst bredbånd netværk. Opererer ved 2400-2500MHz.
Wi-Max	Worldwide Interoperability for Microwave Access Langtrækkende trådløst bredbånds netværk. Opererer ved 3000-3600 MHz.
Wlan	Wireless Local Area Network Kortrækkende trådløs bredbåndsforbindelse.

Forkortelser og forklaringer stammer bl.a. fra:

Becker RO & Seiden:	"The Body Electric", Harper 1985
Becker RO:	"Cross Currents", Penguin 1990
Tegenfeldt C:	"Tål du el?", Bilda Forlag 2001
Bruun B-I:	"De Trådløse Samfund", BoD 2009
Maisch D:	"The Procrustean Approach" 2010 www.emfacts.com/the-prucrustean-approach/
Rösötlund L:	"Katalog" 2011, www.rtk.se
Wikipedia:	2014