

VERKLARING VAN VERHOOR VAN GETUIGE-DESKUNDIGE

Naam: Theodorus Petrus Maria Schetters

Geboortedatum: 24 mei 1956

Geboorteplaats: Roozendaal en Nispen

Beroep: immunoloog

De getuige-deskundige heeft het volgende verklaard:

Ik volg beroepsmatig de ontwikkelingen met betrekking tot corona nauwgezet. Toen het ernaar uit ging zien dat men de totale bevolking wilde vaccineren met vaccins die in mijn ogen niet het gehele onderzoekstraject hebben doorlopen, vond ik het belangrijk om dat kenbaar te maken aan de buitenwereld. Men wil vaccins gaan gebruiken waarvan men de veiligheid onvoldoende onderzocht heeft. Wanneer men dat bij miljoenen mensen wil injecteren, is dat een groot risico. Sinds er meer mensen naar buiten komen, waaronder collega's uit het vakgebied, wilde ik graag gehoor geven aan uw uitnodiging.

Mijn verklaring is op persoonlijke titel. Wat ik hier vertel is niet de mening van de universiteit waar ik in dienst ben of van de vakgroep.

1. Corona is een relatief mild virus

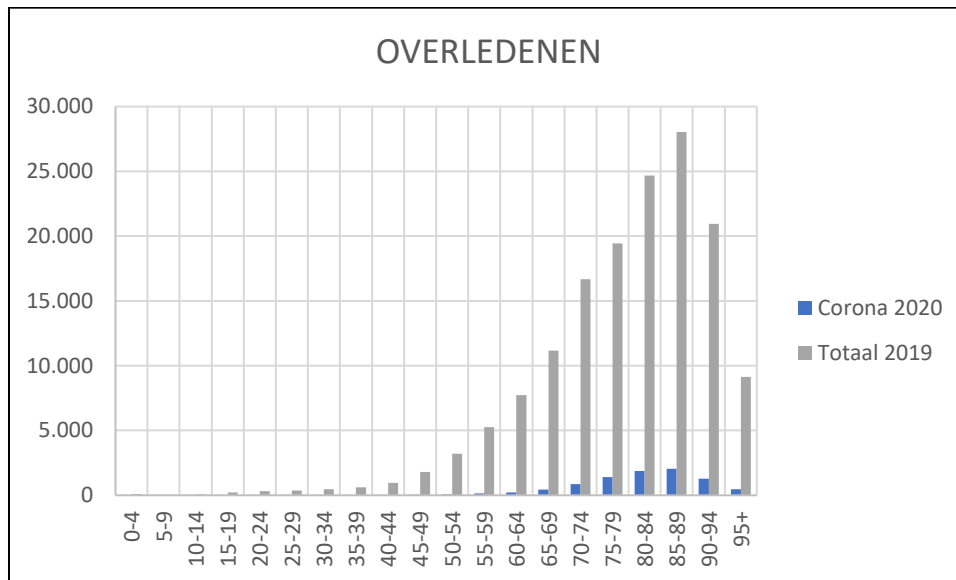
Er zijn twee belangrijke parameters die gebruikt worden om een ziekteverwekker te karakteriseren. Dat zijn de Infection Fatality Rate (IFR) en de Case Fatality Rate (CFR). De eerste is parameter is het aantal personen dat overleden is gedeeld door het totaal aantal personen dat geïnfecteerd werd, en de tweede parameter is het aantal personen dat overleden is gedeeld door het aantal personen dat klinisch ziek geworden is. Omdat het moeilijk is om te weten te komen hoeveel mensen er nu echt geïnfecteerd zijn (geweest) moet men indirecte bewijzen aanvoeren. Eén daarvan is het meten van antilichamen in het bloed (seroprevalentie). Uit een publicatie van de WHO blijkt dat op basis van seroprevalentie de IFR (afhankelijk van infectiedruk) varieert tussen 0.09 en 0.57% (https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf). In Nederland zou de IFR volgens het RIVM op basis van bevestigde corona sterfte en seroprevalentie zoals gemeten in juli 2020, 0.8% zijn (<https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/covid-19/ziekte>). In januari 2021 melde Sanquin dat ongeveer 17% van de bloeddonoren antilichamen tegen het corona virus hadden. De sterfte aan corona was toen ongeveer 16.000. Op basis van deze waarden zou de IFR 0.53% zijn, wat in dezelfde orde van grootte is zoals door de WHO gerapporteerd. Omdat antilichaamconcentraties in het serum verminderen over de tijd, is deze IFR waarschijnlijk een overschatting. Wetenschappers stellen nu dat de IFR 0.23 is (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3883/rr>). Omdat corona met name mensen boven de 70 jaar treft en mensen met een onderliggende aandoening, is het gepast de IFR voor het grootste deel van de Nederlandse bevolking dat jonger is dan 70 jaar apart te berekenen. Er zijn ongeveer 1300 mensen jonger dan 70 jaar overleden. Deze groep omvat ongeveer 15 miljoen mensen waarvan dan 2.5 miljoen (17% prevalentie) het virus gezien zouden hebben. De IFR in deze groep is dan 0.05%. Dat komt overeen met een berekende waarde voor griep (0.04%; <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3883/rr>).

2. Ernstige corona infectie met dodelijk verloop treft voornamelijk ouderen die verzwakt zijn

Uit de pyramide van RIVM

(https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2020A03409) blijkt dat ongeveer 2% van de mensen die geïnfecteerd worden met het corona virus ernstige

COVID ontwikkelen en daaraan kunnen overlijden. Als je kijkt naar de verdeling van de sterfte bij de verschillende leeftijdsgroepen, dan blijkt dat bijna alle overledenen ouder zijn dan 70 jaar:



Figuur 1. Verdeling van de overledenen per leeftijdscategorie in het jaar 2019 (dus nog vóór de corona crisis) en de sterfgevallen die in 2020 aan corona gerelateerd waren.

Voorts wordt hieruit ook duidelijk dat 93% van de kwetsbare ouderen aan andere oorzaken overlijdt dan aan corona. Met andere woorden, deze mensen sterven ten gevolge van ouderdom die onder andere gekenmerkt wordt door minder goede weerstand tegen infectieziekten waaronder ook griep en corona. Misschien nog belangrijker is om te realiseren dat de kans dat iemand van deze leeftijdscategorie een corona infectie overleeft meer dan 75% is (zie tabel; https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-01/COVID-19_WebSite_rapport_wekelijks_20210119_1259_final.pdf).

Het lijkt mij redelijk kort door de bocht om de hele bevolking te vaccineren als voornamelijk ouderen en mensen met onderliggend lijden gevaar lopen. Het zou logischer zijn om gerichte interventies toe te passen. Ik heb hierover nergens discussie gehoord. Vanaf april werd al ingezet op vaccinatie als enige uitweg. En als men dan al kiest voor vaccinatie, zou er ook discussie moeten zijn over welke soort vaccin gekozen wordt en welke technologie gebruikt wordt. Als het aan mij zou zijn, zou ik zeggen: isoleer het virus, kweek het op in een lab, inactieveer het, en gebruik het op dezelfde manier als een griepvaccin. Dit omdat de ingrediënten van een dergelijk vaccin bekend zouden zijn. De veiligheid kan beter gegarandeerd worden. Bij de nieuwe technieken die nu worden gebruikt, is dit onbekend. Het lijkt mij minder risicovol om te kiezen voor vaccins die op de conventionele manier gemaakt zijn. Er had ook gekozen kunnen worden voor een recombinant eiwitvaccin. Het wezenlijke verschil met mRNA vaccins is dat bij een recombinant vaccin het eiwit in een laboratorium wordt gemaakt en bij mRNA vaccins wordt het eiwit in het lichaam gemaakt. Dit is risicovoller. Normaal gesproken, wanneer er iets lichaamsvreemds in het lichaam komt, wordt dit opgenomen door antigeen presenterende cellen. Deze cellen laten de lichaamsvreemde stof zien aan het immuunsysteem. Dat gebeurt zowel bij recombinant eiwit als bij mRNA. Een antigeen presenterende cel laat een stuk van dit eiwit zien aan de witte bloedcellen en heeft daarnaast andere moleculen aan zijn oppervlak die interactie aangaan met diezelfde witte bloedcellen. Er is dus sprake van een dubbele interactie. Dit veroorzaakt een immuunreactie. Als men recombinant eiwit inspuit, is dit wat er

plaatsvindt en daar blijft het bij. Bij mRNA vaccins wordt een lipide nanopartikel geïnjecteerd. Dat materiaal kan ook doordringen tot andere cellen dan alleen witte bloedcellen (spiercellen, zenuwcellen, levercellen etc). Dat is een probleem omdat die andere cellen daarmee doelcellen worden voor het immuunsysteem. Het resultaat is dat eigen lichaamscellen door het immuunsysteem worden aangevallen.

Bron sterfte 2019:

<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sterfte/cijfers-context/huidige-situatie#node-absolute-sterfte-naar-leeftijd-en-geslacht>

3. Corona virussen zijn seizoensgebonden in Nederland

De coronacrisis begon in Nederland met een epidemie in maart-april die een dreigend verloop had. De regering kwam op 16 maart met het advies om thuis te blijven bij griepachtige klachten en meer op de hygiëne te letten, en een paar dagen later werd de 1.5 meter samenleving geïntroduceerd. We droegen geen mondkapjes en de epidemie ging voorbij. Feit is dat dit virus, net als de andere coronavirussen in ons land, een duidelijk seizoenskarakter heeft met weinig activiteit in de zomer en meer gevallen in de winter, dus de afwezigheid van corona in de zomer was te verwachten (<https://academic.oup.com/ofid/article/7/11/ofaa443/5929649> en <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1083-1>). In welke mate de maatregelen hebben bijgedragen aan het controleren van de epidemie is niet te achterhalen; het is een experiment zonder controlegroep.

4. De meeste mensen zijn immuun tegen corona

De gemiddelde gezonde Nederlander blijkt een goede weerstand tegen het coronavirus te hebben. Al in juni 2020 bleek uit gegevens van het Pienter onderzoek (RIVM) dat ongeveer 6% van de mensen antilichamen tegen SARS-CoV-2 had en dus met het virus besmet moest zijn geweest (<https://www.rivm.nl/pienter-corona-studie/resultaten>). Zes procent van de bevolking komt overeen met zo'n 1 miljoen mensen. Sinds de uitbraak van de epidemie hebben ongeveer 40 duizend mensen een ernstige corona infectie gehad waardoor zij in het ziekenhuis moesten worden opgenomen en/of overleden. Laten we hier aannemen dat er ook nog eens 40 duizend flink ziek thuis gezeten hebben. Dan zijn er dus van de 1 miljoen mensen die besmet zijn geweest met het corona virus méér dan 920 duizend niet ziek geworden. Minimaal 92% van de Nederlanders is dus immuun tegen het corona virus! Deze immuniteit is na 6 maanden nog steeds aantoonbaar.

Klaarblijkelijk is het coronavirus niet geheel vreemd voor het immuunsysteem en hebben mensen voldoende weerstand. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat mensen die geen Sars-CoV-2 virus infectie hebben gehad als aantoonbaar kruisreagerende antilichamen, T-lymfocyten en B-lymfocyten hebben, en dat dat verklaard zou kunnen worden door voorafgaande infecties met andere corona virussen (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867420310084> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163445320306836> <https://science.sciencemag.org/content/370/6512/89>)

5. Groepsimmunititeit

Groepsimmunititeit is gedefinieerd als de mate van immuniteit in een populatie die nodig is om de verspreiding van een ziekteverwekker dusdanig af te remmen dat de ziekmakende drempel niet overschreden wordt. Dat kan bereikt worden door het doormaken van een natuurlijke infectie of door het doelgericht vaccineren (<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns->

[and-covid-19](#)). Een indicatie van groepsimmunitet is de aanwezigheid van specifieke antilichamen tegen Sars-CoV-2, maar dat is niet het volledige verhaal. Zoals boven aangegeven hebben veel mensen al voldoende weerstand tegen dit corona virus terwijl er geen specifieke antilichamen tegen Sars-CoV-2 aanwezig zijn.

Dat klinkt paradoxaal, en dat heeft zijn oorzaak in het feit dat de specifieke Sars-CoV-2 antilichaam testen ontworpen zijn om ook alleen antilichamen tegen de nieuwe virus variant te kunnen meten; alle testen die kruisreagerende antilichamen aantonen zijn niet specifiek genoeg voor dat doel, maar zouden wel een aanwijzing kunnen zijn voor het bestaan van kruisimmunitet. Zulke testen worden niet gebruikt. Het resultaat is dat de specifieke antilichaam testen alleen iets zeggen over de mate van spreiding van het Sars-CoV-2 virus (prevalentie), en niet over immunitet.

Het ligt voor de hand dat nu, een jaar nadat SARS-CoV-2 in Nederland gedecteerd werd, de mate van groepsimmunitet is toegenomen. Gegevens van Sanquin (bloedbank) laten zien dat er een gestage toename is van het percentage donoren dat antilichamen tegen SARS-CoV-2 heeft. De laatste gegevens wijzen op 17% (<https://www.sanquin.nl/over-sanquin/nieuws/2021/02/antistoffen-bij-donors-januari-2021>). Het belangrijke punt hier is dat we moeten aannemen dat de immunologische weerbaarheid van de Nederlandse bevolking is toegenomen.

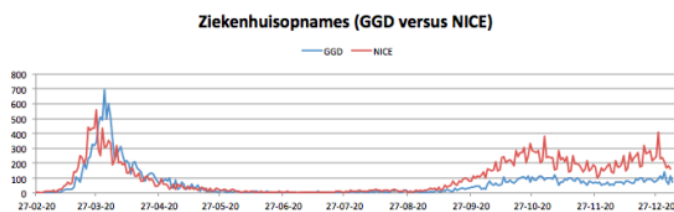
6. Voorlopige vergunning voor corona vaccins is onverantwoordelijk

In maart 2020 werden drastische maatregelen genomen die gerechtvaardigd werden met de opmerking dat men met 50% van de kennis over het virus toch 100% beleid moest formuleren. Dat was te billijken. Ondertussen zijn er tienduizenden onderzoeken gepubliceerd over het virus en de ziekte die het veroorzaakt. Je zou toch verwachten dat met deze toename van kennis over het virus, het beleid zou worden geëvalueerd en bijgesteld. Dat is niet gebeurd.

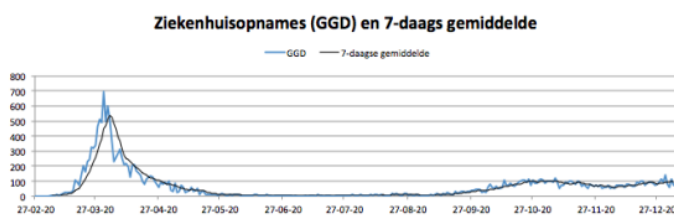
6.1 Verloop coronaepidemie in Nederland

Ziekenhuisopnames in beeld

Onderstaand de opnames GGD [6] en NICE [7] in één grafiek over de periode februari 2020 tot heden [GRAFIEK 1]:



Onderstaand de GGD-opnames inclusief het 7-daags gemiddelde [GRAFIEK 2]:



In grafiek 1 is duidelijk het verschil tussen de GGD- en de NICE-opnames te zien. De NICE-cijfers geven een absoluut vertekend beeld om de "tweede golf" in perspectief te plaatsen tot de "eerste golf" in maart, aangezien er voor het najaar een andere definitie van COVID-ziekenhuisopname is gehanteerd.

Bovenstaande figuur geeft het aantal ziekenhuisopnames per dag weer. Belangrijk is om op te merken dat men vanaf september 2020 anders omgegaan is met het klassificeren van corona patiënten; elke patiënt die in het ziekenhuis lag en een positieve testuitslag had werd gerapporteerd als corona patiënt, ook als de betreffende persoon geen coronaklachten had en bijvoorbeeld voor een knieoperatie in het ziekenhuis was (zie figuur 1 rode lijn; <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/actueel/wekelijkse-update-epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland>). De blauwe lijn geeft het aantal opnames van patiënten die echt corona klachten hadden en een positieve PCR test (https://data.rivm.nl/covid-19/COVID-19_aantallen_gemeente_per_dag.csv).

6.2 Er is geen dwingende noodzaak voor massavaccinatie

Het is duidelijk dat er een epidemie is geweest in maart-april en dat die in de zomer voorbij was. In het najaar is het aantal patiënten dat corona-achtige klachten had en middels een PCR positief bevonden werd weer toegenomen, maar dat staat in geen verhouding tot de aantallen die in het voorjaar werden gezien. De noodzaak voor massavaccinatie is niet aanwezig. Als er geen noodzaak is, dan is er geen dringende reden om de toelatingseisen voor vaccins te versoepelen en ze sneller op de markt toe te laten.

6.3 Veiligheid en effectiviteit van vaccinatie is in kwetsbare groepen niet voldoende aangetoond

In de experimenten die beschreven zijn in de registratiedossiers heeft men proefpersonen onderzocht die geen voorgeschiedenis van corona hadden. Bovendien waren kinderen (<18 jaar) en ouderen (>70 jaar) ondervetegenwoordigd. Als gevolg is de onderzoekspopulatie niet representatief voor de huidige bevolking. Er is aanvullend veiligheidsonderzoek nodig voordat men deze vaccins breeduit gaat toedienen.

Er is geen goede onderbouwing dat een vaccin dat zou beschermen tegen lichte corona klachten óók zou beschermen tegen ernstige COVID. De groep mensen die ernstige klachten ontwikkelt heeft comorbiditeiten en dat is een andere groep dan die die lichte coronaklachten ontwikkelt. Zelfs als er aangetoond is dat vaccinatie een effect heeft op de groep mensen die lichte klachten ontwikkelt, blijft het maar zeer de vraag of vaccinatie de groep mensen die ernstige COVID ontwikkelt kan helpen. Er is aanvullend werkzaamheidsonderzoek nodig voordat men deze vaccins breeduit gaat toedienen.

6.4 De lokale en systemische reactie kort na toediening zijn heftiger en frequenter dan die van een griep vaccin

De lokale en systemische reacties die gerapporteerd zijn in de assessment reports van de EMA tonen aan dat in vergelijking met een griepvaccin, de corona vaccins veel vaker en heftiger reacties laat zien (tabel hieronder). Deze gegevens vragen om uitgebreider veiligheidsonderzoek.

6.5 De huidige vaccins zijn 'over de datum'

De huidige vaccins zijn gebaseerd op de coronavariant die in december 2019 in China opdook. Gezien het feit dat het virus juist ook op het spike eiwit muteert is het te verwachten dat vaccinatie op dit moment weinig bescherming zal geven tegen de variant die het volgende seizoen van 2021-2022 eventueel voor problemen kan zorgen.

VEILIGHEIDSTUDIE	PFIZER/BIONTECH		MODERNA		ASTRAZENECA/OXFORD		SEQIRUS UK Ltd
VACCIN	Comirnaty						Flucelvax Tetra
PRODUCTNAAM	LNP-mRNA		LNP-mRNA		Virus Vector		Subunit
TECHNOLOGIE	BNT162b2		mRNA-1273		AZD1222		Influenza Vaccin
Aanduiding							
Bijwerking	Injectie 1	Injectie 2	Injectie 1	Injectie 2	Injectie 1	Injectie 2	Enkele Injectie
Pijn injectieplaats	65-85%		84-88%		52%	27%	34-45%
Vermoeidheid	34-47%	51-59%	37%	65%	59%	38%	14-18%
Hoofdpijn	25-42%	39-52%	33%	59%	54%	33%	14-19%
Koorts	20-38%	28-45%	1%	16%	9%	1%	1%
Misselijkheid/Braken	0-1%	1-2%	8%	19%	20%	8%	na
Rillingen	6-14%	23-35%	8%	44%	31%	5%	na
Sierpijn	14-21%	29-37%	23%	58%	45%	22%	12-15%
Gewrichtspijn	9-11%	19-22%	17%	43%	25%	10%	na
Roodheid en Zwelling injectieplaats	5-7%		3-6%	9-12%	3%	1%	13%

Bronnen:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/covid-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-report_en.pdf

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-public-assessment-report_en.pdf

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/flucelvax-tetra-epar-public-assessment-report_en.pdf

Wanneer iemand bij de huisarts een vaccinatie krijgt en vervolgens last krijgt van spierpijn, is de kans groot dat de huisarts dit niet bij het Lareb meldt, omdat deze bijwerking al bekend is in het dossier. Dit leidt er dus toe dat de meeste bijwerkingen niet gemeld worden bij het Lareb.

7. Lockdowns zijn niet effectief en worden niet aangeraden door de WHO als controle middel

De WHO heeft aangegeven dat lockdowns niet gebruikt zouden moeten worden om de verspreiding van het corona virus te voorkomen als er meer duidelijkheid is over de dodelijkheid van het virus

[*\(What is WHO's position on 'lockdowns' as a way of fighting COVID-19?\)*](#)

Large scale physical distancing measures and movement restrictions, often referred to as 'lockdowns', can slow COVID-19 transmission by limiting contact between people.

However, these measures can have a profound negative impact on individuals, communities, and societies by bringing social and economic life to a near stop. Such measures disproportionately affect disadvantaged groups, including people in poverty, migrants, internally displaced people and refugees, who most often live in overcrowded and under resourced settings, and depend on daily labour for subsistence.

WHO recognizes that at certain points, some countries have had no choice but to issue stay-at-home orders and other measures, to buy time.

Governments must make the most of the extra time granted by 'lockdown' measures by doing all they can to build their capacities to detect, isolate, test and care for all cases; trace and quarantine all contacts; engage, empower and enable populations to drive the societal response and more.

WHO is hopeful that countries will use targeted interventions where and when needed, based on the local situation.

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

8. Het stapelen van maatregelen heeft geen additioneel effect op virusverspreiding

Een studie van Ioannidis toont aan dat het stapelen van niet-farmaceutische coronamaatregelen weinig toevoegt, met name de lockdowns die nu geïmplementeerd zijn. In deze studies is Nederland ook meegenomen:

Conclusions: *While small benefits cannot be excluded, mandatory stay-at-home and business closure orders do not seem to have had substantial benefits on case growth in 8 countries in the early stages of the pandemic. Similar reductions in case growth may be achievable with behavior changes from less restrictive interventions.*

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3746254

9. Hoe dan verder?

De gegevens van het verloop van de epidemie in maart-april 2020 tonen aan dat de verspreiding van de ziekte tot staan is gebracht na de oproep om thuis te blijven als je ziek bent en de basale hygienische maatregelen in acht te nemen (Ioannidis Eur J Clin Invest. 2020;50:e13222; <https://doi.org/10.1111/eci.13222>). Met het rondgaan van het virus in het afgelopen jaar is de groepsimmunitet toegenomen en wereldwijd is COVID-19 op zijn retour (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>). We mogen concluderen dat de situatie dusdanig veranderd is dat de vrijheidsbeperkende maatregelen opgeheven kunnen worden.

Ik kreeg onlangs een email van een verpleegkundige die na de eerste injectie met het mRNA vaccin zoveel last had van bijwerkingen, dat zij de tweede injectie heeft geweigerd. Ik ben mij ervan bewust dat dit anekdotisch bewijs is, maar ik wil het toch vermelden.

De motivatie voor de snelheid waarmee de vaccins zijn ontwikkeld, is mij niet bekend. Wat ik wel wil opmerken is dat wij in maart-april 2020 een probleem hadden: er was sprake van een nieuw, onbekend virus. Inmiddels is het verschoven naar een capaciteitsprobleem. In de zomer konden er geen overlijdens worden gemeld aan corona. Toch worden de maatregelen in stand gehouden met als argument een volgende golf die wij dan niet aan zouden kunnen. Dit omdat men de reguliere zorg zodanig heeft uitgesteld dat er nu sprake is van een grote “berg” achterstallige zorg. Inmiddels lijkt er sprake te zijn van een politiek probleem. De berichten over volle IC's nemen af. Dit wekt de suggestie dat de keuze voor maatregelen een politieke keuze is geweest, en geen gezondheidskeuze.

Ik wil verder nog zeggen dat oude en kwetsbare mensen ook een mening hebben. Ik pleit ervoor om deze mening te respecteren en deze mensen eerst ook eens te vragen wat zij willen.

Verder wil ik nog zeggen dat, als het zo was dat corona even ernstig was als ebola, er niemand overtuigd zou hoeven worden om zich te laten vaccineren. Dat wordt natuurlijk anders wanneer men een virus (blijkbaar) gebruikt voor politieke doeleinden. In dit geval snap ik wel dat de vaccinatiebereidheid niet erg hoog is. Mensen zien dat het aantal doden meevalt en vertrouwen het op een gegeven moment niet meer.

Ik wil ook benadrukken dat ik tegen het scenario ben waarin er grootschalig wordt getest om te achterhalen van welke mutatie van het virus er op zeker moment sprake is en er vervolgens telkens een nieuw vaccin wordt ontwikkeld. Ik vind dit een verkeerde gang van zaken. Feit is dat eerst moet worden vastgesteld of mensen daadwerkelijk ziek worden. Er moet sprake zijn van een ziekte, en niet alleen van het rondgaan van een virus. In principe zijn we hier een soort slachtoffer geworden van het feit dat wij onze moleculaire technologie zodanig hebben ontwikkeld dat we kunnen zien of er sprake is van een virus. Als wij deze technologie niet hadden, zouden we dit probleem niet hebben. Het feit dat de test bestaat, doet ons in feite de das om. De test wordt echter wel gezien als een standaard voor volksgezondheid. Daar voorzie ik grote problemen mee. We gaan in feite richting een testmaatschappij. Dit is fout, en bovendien is het ook erg arrogant van mensen tegenover de natuur. Het is jammer dat mensen niet meer achting voor de natuur krijgen naarmate we meer ontdekken.

Het is verder mijn mening dat de eed die door artsen en andere wetenschappers wordt afgelegd, door velen niet wordt nageleefd. Men mag getallen niet presenteren om daarmee een valse indruk te wekken, bijvoorbeeld wanneer een toename van het aantal “besmettingen” door de media gepresenteerd wordt zonder daarbij te vermelden dat er ook meer testen zijn afgenomen. Als men kijkt naar de ziekenhuisopnames, zien we dat in het begin zowel de GGD als de NICE coronainfecties meldden. Deze getallen kwamen redelijk met elkaar overeen. Daarna is er in de GGD-cijfers een soort tweede piek zichtbaar geweest, maar het aantal ziekenhuisopnames kwam nauwelijks boven de 100 uit. Het NICE is vanaf 1 september anders begonnen te tellen. Omdat er sprake was van een probleem met de zorgcapaciteit, moesten alle patiënten die geopereerd moesten worden, getest worden met een PCR-test. Testen zij positief, dan worden zij geregistreerd als coronapatiënt. Dit zijn de cijfers die gecommuniceerd worden naar de Nederlandse bevolking. De cijfers van de GGD betreffen het aantal mensen dat daadwerkelijk griepachtige symptomen heeft. Deze cijfers zijn geruststellender. Dit is het ethische vraagstuk waarover wij het hebben: hoe kan men dit moreel verantwoorden? We weten dat de NICE cijfers met een factor drie hoger zijn dan die van de GGD. We zijn dus de angst hoog aan het houden. Ik vraag mij af hoe ethisch dat is.

U vraagt mij hoe groot de kans is op besmetting in de buitenlucht. Mijn antwoord daarop is dat die kans verwaarloosbaar is.

U vraagt mij of de artsen etc. die beweren dat die kans wel erg groot is, dan bewust liegen. Mijn antwoord daarop is dat ik niet denk dat deze mensen bewust liegen, maar dat zij informatie krijgen die niet noodzakelijkerwijs klopt.

Het is duidelijk dat er veel eerlijker met de beschikbare informatie moet worden omgesprongen. Ik pleit voor eerlijke data en eerlijke interpretatie daarvan.

Leiderdorp
13 maart 2021

Voorgelezen en ondertekend,

.....
Theodorus Petrus Maria Schetters

.....
Drs. Pieter Kuit