

Katso tämän julkaisun keskustelut, tilastot ja kirjoittajaprofiilit osoitteessa: <https://www.researchgate.net/publication/368426122>.

# Australian COVID-19-pandemia: Bradford Hillin analyysi iatrogeenisesta liikakuolleisuudesta

Preprint - helmikuu 2023

SITAATIT

0

READS

17,554

1 kirjoittaja:



Wilson Sy

Investment Analytics

62 JULKAISUA 536 VIITTAUSTA

KATSO PROFIIILI

Osa tämän julkaisun kirjoittajista työskentelee myös näiden hankkeiden parissa:



COVID-19 Epidemiologia Näytä hanke

Raaka konekäännös. Tarkista tarvittaessa alkuperäisestä analyysistä.

[www.injektiopiikki.com](http://www.injektiopiikki.com)

# Australian COVID-19-pandemia: Bradford Hillin analyysi iatrogenisestä liikakuolleisuudesta

Wilson Sy\*

## Abstrakti

Australian viralliset kuolleisuustiedot eivät osoita selvää näyttöä merkittävistä ylimääräisistä kuolemantapauksista vuonna 2020, mikä viittaa WHO:n vanhemman määritelmän perusteella siihen, että COVID-19-pandemiaa ei ollut. Kausivaihteluanalyysi viittaa siihen, että COVID-19-kuolemat vuonna 2020 olivat todennäköisesti influenssa- ja keuhkokuumeekuolemien virheellistä luokittelua. Australian ylikuolleisuus muuttui merkittäväksi vasta vuodesta 2021 lähtien, jolloin se oli niin korkea, että sitä voidaan kutsua pandemiaksi. Merkittävä ylimääräinen kuolleisuus korreloi vahvasti (+74 %) viisi kuukautta aiemmin tapahtuneiden COVID-19-massarokotusten kanssa. Korrelaation voimakkuus, johdonmukaisuus, spesifisyys, ajallisuus ja annos-vastesuhde ovat tärkeimmät Bradford Hillin kriteerit, jotka tiedot täyttävät ja jotka viittaavat Australian pandemian iatrogeniseen synnyttämiseen, sillä ylimääräiset kuolemantapaukset johtuivat suurelta osin COVID-19-injektioista. Tätä hypoteesia tukee myös se, että nuorimmassa 0-44-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa COVID-tartunnan ja -kuoleman riski on pieni, on COVID-injektioiden käyttöönoton myötä ollut suhteettoman paljon ylimääräistä kuolleisuutta - tulokselle ei todennäköisesti ole muita luonnollisia selityksiä. Näin ollen näyttää siltä, että Australiassa on todennäköisesti meneillään iatrogeninen pandemia, ja COVID-injektioihin liittyvä kuolleisuusriski/hyötysuhde on erittäin korkea.

## 1. Johdanto

Maailman terveysjärjestö (WHO) julisti 11. maaliskuuta 2020 [1] COVID-19-pandemian, joka perustui 4 291 kuolemantapaukseen, 118 000 tapaukseen 114 maassa ja keskimäärin noin 1 000 tapaukseen kussakin maassa. Tämän hyvin pienen otoksen perusteella WHO oletti, että COVID-19-tauti on erittäin tarttuva ja että sen tartuntakuolleisuusaste (IFR) on vähintään 0,4 prosenttia. Näin ollen COVID-19-pandemia julistettiin odotusten eikä tosiasioiden perusteella, kuten WHO oli aiemmin määritellyt influenssapandemian [2]:

Influenssapandemia syntyy, kun ilmaantuu uusi influenssavirus, jota vastaan ihmisväestöllä ei ole immunitettia, mikä johtaa useisiin samanaikaisiin maailmanlaajuisiin epidemioihin, joihin liittyy *valtava määrä kuolemantapauksia* ja sairastumisia.

Pandemia pitäisi perustellusti julistaa vain, jos kuolemantapauksia on "valtava määrä", sillä muuten kausiluonteinen influenssa tai jopa nuhakuumeinen nuhavirus voidaan julistaa pandemiaksi, eli pelkästään tartuntatapausten lukumäärän perusteella.

Nyt on jo täysin selvää, että PCR-testeillä määritettyjen tapauksien määrä voi olla huomattavasti liian suuri (ks. keskustelu jäljempänä).

Olettaen, että "tapaukset" johtaisivat "valtavaan kuolemantapauksiin", WHO on julistanut pandemian, joka perustuu olettamukseen, ei tieteellisiin tosiasioihin. Hallitusten oletus terveestä tieteestä on antanut hallituksille mahdollisuuden oikeuttaa ankarat kansanterveystoimenpiteet, jotka ovat saattaneet olla haitallisia ja lopulta aiheuttavat lisää kuolemantapauksia. Tässä asiakirjassa arvioidaan objektiivisten tietojen perusteella, oliko Australiassa riittävästi ylimääräisiä kuolemantapauksia, jotta pandemiaksi julistaminen olisi perusteltua. Tutkimuksessa selvitetään näitä ylimääräisiä kuolemantapauksia tutkimalla Australian pandemian todennäköinen syy.

Tässä asiakirjassa arvioidaan COVID-19-pandemiaa Australiassa kaikkien syiden kuolleisuutta koskevien tietojen perusteella, mikä vastaa WHO:n aiempaa pandemioiden määritelmää. Pandemian arviointi pelkästään ja määrällisesti COVID-infektiotapauksien ja kuolemantapauksien perusteella on kyseenalaista, koska SARS-Cov-2 -viruksen aiheuttamiksi väitettyjä COVID-infektiotapauksia ja kuolemantapauksia ei ole riittävästi todistettu.

COVID-tartunnalla ei ole lopullisia oireita, eikä sitä todeta SARS-Cov-2 -viruksen esiintymisen perusteella, vaan se määritellään positiivisen PCR-testin perusteella. Positiivinen PCR-testi ei kuitenkaan osoita SARS-Cov-2 -virusta, joka on COVID-19-taudin lopullinen taudinaiheuttaja. CDC on nimenomaisesti tehnyt selväksi seuraavan vastuuvapauslausekkeen [3]:

***Koska vuoden 2019-nCoV:n kvantitatiivisesti määritettyjä virusisolaatteja ei ollut saatavilla CDC:n käyttöön testin kehittämisen ja tämän tutkimuksen toteuttamisen aikaan, vuoden 2019-nCoV:n RNA:n havaitsemiseen suunniteltuja määrityksiä testattiin tunnetun titterin (RNA-kopiot/μl) omaavilla in vitro transkriptoidun täyspitkän RNA:n karakterisoiduilla varastoilla (N-geeni; GenBank-tietokantaan liittymisnumero: MN908947.2), jotka lisättiin laimennusaineeseen, joka koostui A549-ihmissolujen suspensiosta ja viruksen kuljetusmediasta (VTM) kliinisen näytteen jäljittelemiseksi.***

Korostus lisätty. COVID-19-tapaukset voivat siis olla muiden RNA-virusten aiheuttamia hengitystieinfektioita, mikä tarkoittaa myös sitä, että COVID-tapaukset ja kuolemantapaukset voidaan virheellisesti liittää SARS-Cov-2 -virukseen, olipa sen alkuperä sitten mikä tahansa.

Tähän epävarmuuteen siitä, mitä COVID-tartunnoissa ja -tapauksissa tunnistetaan, liittyy myös huomattava epävarmuus siitä, mikä on se titteri (geneettiset fragmentit tilavuusyksikköä kohti), jota tarvitaan tartunnan esiintymisen määrittämiseksi. Riittävän monen titterin monistamissyklin avulla PCR-testi voi lähes aina antaa positiivisen tuloksen. Siksi PCR-testin perusteella ei ole selvää, onko jollakin henkilöllä COVID-tartunta lainkaan.

Ensimmäistä kertaa lääketieteen historiassa täysin terveitä ja oireettomia ihmisiä on saatettu julistaa COVID-tapauksiksi pelkästään epäluotettavien positiivisten PCR-testien perusteella.

Näiden perustavanlaatuisen epävarmuustekijöiden lisäksi on kysymys siitä, onko tietty COVID-kuolema "COVID-kuolema" vai "COVID-kuolema" tyypillisessä tapauksessa,

jossa vainajalla on muita liitännäissairauksia. Subjektiiivinen arviointi, jota taloudelliset kannustimet toisinaan vääristävät, luo epävarmuustekijöitä, jotka voidaan poistaa objektiivisesti ruumiinavauksilla, mutta niitä tehtiin harvoin.

Siksi COVID-tapauksia ja -kuolemia ei voida käyttää pandemian kuvaamiseen, koska ylimääräisten kuolemantapausten jakaminen COVID- ja muihin kuin COVID-tapauksiin vaikuttaa mielivaltaiselta.

epätarkka. Tässä asiakirjassa keskitytään COVID-kuolemien sijasta kokonaiskuolleisuuteen ja ylimääräisiin kuolemiin Australian pandemian vakavuuden indikaattoreina.

Koska tarkat ja luotettavat tiedot ovat erittäin tärkeitä tietojen analyysin kannalta, jotta voidaan tehdä päteviä päätelmiä, seuraavassa jaksossa käsitellään tietomenetelmiä. Vuonna 2020, jolloin monet viktoriaaniset kuolemantapaukset johtuivat COVID-19:stä, vaikutus kokonaiskuolleisuuteen ei ollut riittävä, jotta Australiassa olisi voitu julistaa pandemia. Yksityiskohtia ja mahdollisia selityksiä käsitellään jaksossa 3, jotta voidaan perustella vuoden 2020 nimeäminen "pandemiaa edeltäväksi" vaiheeksi.

Australian ylimääräiset kuolemantapaukset alkoivat nousta tilastollisesti merkitsevälle tasolle vuonna 2021, jotta niitä voitaisiin kutsua "pandemiaksi". Ylimääräisten kuolemantapausten varhainen lisääntyminen tapahtui samaan aikaan, kun COVID-19-joukkopistikset otettiin käyttöön varhaisessa vaiheessa. Injektioita kutsuttiin "rokotteiksi", mutta ne eivät estä infektioita, eikä niitä testattu rokottamaan infektioita vastaan, kuten Pfizer myönsi Euroopan parlamentille [4].

Tässä asiakirjassa hylätään COVID-19-injektioiden kutsuminen "rokotteiksi", koska yleisölle on annettu väärää tietoa ja heitä on johdettu harhaan, jotta he hyväksyisivät COVID-19-injektiot "rokotteiksi". Kun injektiot eivät selvästikään vähentäneet tartuntoja, retoriikka "rokotteen" hyödyistä muuttui vakavien sairauksien ja kuolemantapausten vähentämiseksi. Myös tämä väite todistetaan vääräksi tässä asiakirjassa, jossa osoitetaan, että pandemiavaihe, joka on määritelty korkealla kuolemantapausten määrällä, korreloi COVID-19-rokotteiden massaruiskutusten kanssa (ks. jakso 4).

Jaksossa 4 esitetty voimakas korrelaatio annettujen injektioannosten ja viisi kuukautta myöhemmin tapahtuneiden ylimääräisten kuolemantapausten lisääntyneen määrän välillä viittaa iatrogeeniseen syy-yhteyteen. Tätä mahdollisuutta vahvistavat entisestään johdonmukaisuuteen ja spesifisyyteen liittyvät näkökohdat jaksossa 5, jossa näyttöä kausaalisuudesta on havaittavissa ajallisesta ja maantieteellisestä johdonmukaisuudesta. Spesifisyyttä osoittaa myös se, että ylikuolleisuus on riippuvainen iästä, erityisesti nuorimmassa ikäryhmässä, jossa on pienin muista syistä johtuva kuolleisuusriski.

Tämän asiakirjan tärkeimmät panokset, joita käsitellään jaksoissa 4 ja 5, ovat Bradford Hillin [5] viisi tärkeintä kriteeriä, joita me pidämme syy-yhteyden kriteereinä iatrogeeniselle pandemialle. Bradford Hillin analyysin loput neljä näkökohtaa käydään lyhyesti läpi olemassa olevasta kirjallisuudesta jaksossa 6, joka koskee johdonmukaisuutta ja uskottavuutta, ja jaksossa 7, joka koskee kokeilua ja analogiaa.

Pohjimmiltaan pandemian iatrogeeninen synnyttäminen on johdonmukaista patologiaa ja epidemiologiaa koskevan olemassa olevan tiedon kanssa, eikä se ole ristiriidassa sen kanssa, ja biologiset mekanismit ovat erittäin uskottavia, ja joitakin kliinisiä kokeita on tehty niiden validoimiseksi. Nykyinen pandemia on monella tapaa analoginen edellisen, vuonna 2009 puhjennun "sikainfluenssapandemian" kanssa, paitsi että vuoden 2009 episodi ei ollut pandemia, joka tapahtui ilman "joukkorokotuksia".

Jaksossa 8 on yhteenveto edellisistä jaksoista ja taulukkomuotoinen yhteenveto kaikista käsitellyistä yhdeksästä Bradford Hillin kriteeristä. Viimeisessä jaksossa päädytään siihen, että Australian COVID-19-pandemian iatrogeenisesta alkuperästä on esitetty vahvat todisteet.

## **2. Tietomenetelmä**

Yleisön näkemät Australian viralliset COVID-19-tiedot eivät ole osavaltioiden terveysviranomaisten keräämiä raakatietoja. Ne valvovat ja julkaisevat valikoituja tietoja viikoittain ja

kuukausiraportteja asettamatta saataville raakatietoja, joita tarvitaan virallisten tietojen riippumattomaan todentamiseen. Nämä terveysviranomaisten raportit voivat olla harhaanjohtavia, koska valintaan ja luokitteluun liittyvät vääristymät ovat tehneet "rokotteisiin" liittyvistä haittatapahtumista ja kuolemantapauksista näkymättömiä.

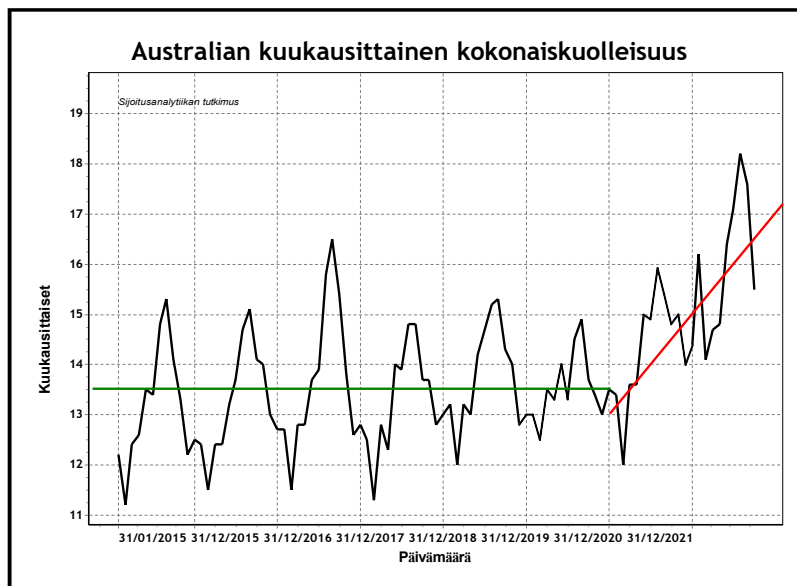
Virallisten raporttien perusteella esimerkiksi kansallinen yleisradioyhtiö ABC saattoi heinäkuussa 2022 valheellisesti väittää prime-time-televisiossa, että "rokottamattomilla" on 16-37 kertaa suurempi todennäköisyys kuolla kuin kaksinkertaisesti "rokotetuilla" [6]. Tämä vääränlainen tieto perustui keskeiseen virallisen tiedon raportoinnin virheeseen, joka johtuu siitä, että jotkut kuolemantapaukset luokitellaan "rokottamattomiksi", vaikka heille on annettu COVID-19-injektio ja usein useita kertoja [7].

Tässä asiakirjassa ei käytetä terveysviranomaisten raporttien käsiteltyjä tietoja mahdollisten valinta- ja luokitteluvirheiden poistamiseksi. Pääasiassa tukeudutaan Australian tilastokeskuksen (Australian Bureau of Statistics, ABS) tietoihin, sillä sillä on vähiten eturistiriitoja, mutta sen tietoja ja raportteja ei myöskään hyväksytä kriittikittömästi, kuten jäljempänä osoitetaan.

Tieteellisessä tutkimuksessa raakadatan ja sen lähteiden olisi oltava julkisesti saatavilla tai käytettävissä, ja tietojen analysointimenetelmät olisi ilmoitettava selkeästi, jotta tämän tai minkä tahansa muun tutkimuksen päätelmät voidaan toistaa tarkasti.

Tämä tutkimus perustuu pääasiassa ABS:n julkaisemiin kuolleisuustietoihin vuodesta 2015 syyskuuhun 2022, joka on viimeisin kuukausi, jolta tiedot on raportoitu kokonaisuudessaan. Raakatiedot esitetään kuviossa 1, johon on lisätty vaakasuora vihreä viiva ja kalteva punainen viiva heuristisesti "järjestelmän muutoksen" osoittamiseksi.

**Kuva 1**



Vihreä vaakasuora viiva (ohjeellinen) viittaa siihen, että vuonna 2020 näyttäisi vain jatkuvan aiempi suuntaus, jossa kaikkien syiden kuolleisuus vaihtelee suhteellisen tasaisesti. Pandemian määritelmän mukaan, joka perustuu ylikuolleisuuteen, Australiassa ei ollut näyttöä pandemiasta vuonna 2020, jota voitaisiin kutsua pandemiaksi edeltäväksi vaiheeksi,

jota seuraa vuonna 2021 alkava pandemiavaihe (viisto punainen viiva).



Tässä asiakirjassa käytetään edellä mainittuja raakatietoja ylimääräisen kuolleisuuden laskemiseen sen sijaan, että hyväksyttäisiin yksinkertaisesti ABS:n julkaisemat viralliset tiedot ylimääräisestä kuolleisuudesta. ABS on muuttanut perusmääritelmään ("maalipylyvää"\*) vuoden 2022 liikakuolleisuuden laskemiseksi epäjohdonmukaisesti ja ilman riittäviä perusteluja.

Normaalisti ylikuolleisuuden laskennan lähtökohtana käytetään viiden edellisen vuoden keskiarvoa, mutta ABS on ilman riittäviä perusteluja määritellyt vuoden 2022 lähtökohdaksi neljän vuoden, vuosien 2017-2019 ja 2021, keskiarvon [8]:

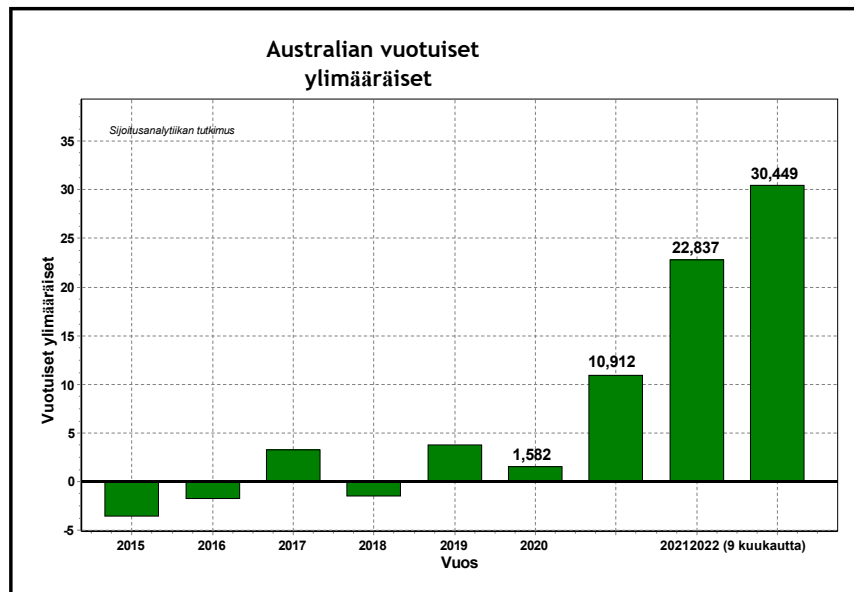
*Tässä kertomuksessa kuolemantapausten lukumäärää verrataan aiempien vuosien keskimääräiseen kuolemantapausten määrään. Tässä raportissa vuoden 2021 tietoja verrataan aiempien julkaisujen tapaan viiden vuoden aikana vuosina 2015-2019 kirjattujen kuolemantapausten keskimääräiseen lukumäärään. Vuoden 2022 tietoja verrataan perustasoon, joka käsittää vuodet 2017-2019 ja 2021. **Vuotta 2020 ei ole sisällytetty vuoden 2022 tietojen perustasoon, koska siihen sisältyi ajanjaksoja, jolloin kuolemantapausten määrä oli huomattavasti odotettua pienempi.***

Korostus lisätty. Huomattakoon, että vuoden 2020, jolloin "kuolemantapausten määrä oli huomattavasti odotettua pienempi", mielivaltainen poisjättäminen nostaa lähtötasoa ja siten alentaa vuosien 2021 ja 2022 kuolleisuuslukuja, mikä luo harhaanjohtavan vaikutelman vähemmän vakavasta pandemiasta.

Vuosien 2015-2019 viiden vuoden keskiarvoja käytetään yhtenäisesti lähtötilanteena koko tutkimuksessa, jotta voidaan arvioida COVID-19:n vaikutusta Australian kuolleisuuteen. Siksi vuoden 2022 ylikuolleisuustilastomme poikkeavat ABS:n virallisista tilastoista. Vaikka erot eivät ole suuria, tässä asiakirjassa käytetään tieteellisen selkeyden vuoksi yhtenäistä perustasoa.

Kuvassa 2 on esitetty Australian vuotuinen ylikuolleisuus vuodesta 2015 tähän päivään.

Kuva 2

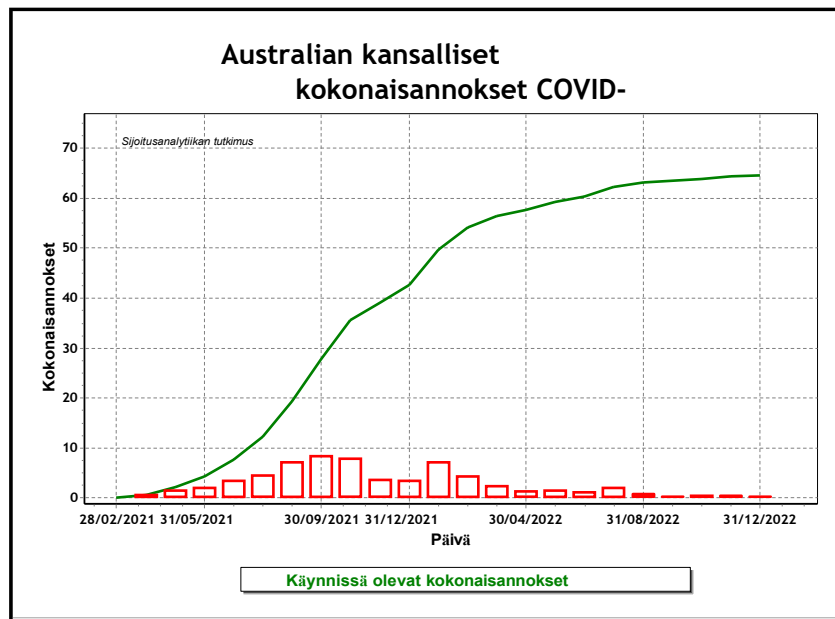


Vuoden 2020 vuotuinen ylimääräinen kuolleisuus oli hyvin normaalien tilastollisten vaihtelujen rajoissa, joten se vahvistaa väitteen, jonka mukaan Australiassa ei ollut pandemiaa, vaikka vuonna 2020 oli noin 900 COVID-19-kuolemaa (jota ABS on yleensä tarkistanut pienemmäksi ajan myötä).

Ylimääräiset kuolemantapaukset ovat selvästi lisääntyneet dramaattisesti vuodesta 2021 lähtien, ja viimeinen palkki (kuvasa 2) on yhdeksän kuukauden todellisiin tietoihin perustuva vuotuinen arvio. Suhteessa vuoden 2020 ylikuolleisuuteen vuonna 2021 kuolleisuus oli lähes 7-kertainen ja vuonna 2022 jo yli 14-kertainen ja mahdollisesti yli 19-kertainen. Ylimääräistä kuolleisuutta koskevat tiedot vahvistavat myös sen, että Australian pandemiavaihe alkoi vuonna 2021, ja vuosien 2021 ja 2022 yhteenlaskettu ylimääräinen kuolleisuus on todennäköisesti yli 41 000 eli 26-kertainen vuoteen 2020 verrattuna.

On selvää, että pandemiaa edeltävän vaiheen vuonna 2020 ja pandemiavaiheen vuodesta 2021 alkaen välinen raja on "norsu huoneessa" - COVID-19-joukkopistokset suurimmalle osalle Australian väestöä. Niiden suhteen tutkimiseksi ylikuolleisuuteen on saatu raakatietoja ajan mittaan annettujen COVID-injektioiden kansallisista kokonaisannoksista ulkopuoliselta CovidBaseAU-tietoaggregaattorilta [9], joka toimittaa tietoja myös kansainvälisille tietojen tarjoajille, kuten *Our World In Data* -järjestölle. Tiedot esitetään kuvassa 3:

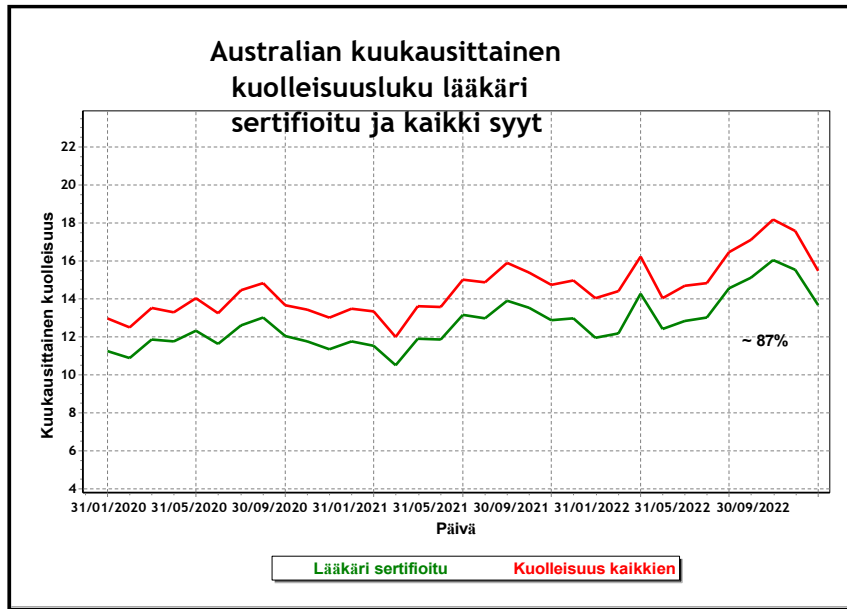
Kuva 3



Yli 64 miljoonaa annosta on annettu 25,8 miljoonan ihmisen väestölle. COVID-joukkopistosten kaksi huipentumaa olivat syyskuussa 2021 alkuvaiheessa ja tammikuussa 2022 ensimmäisessä tehostevaiheessa. Jäljempänä nähdään, että nämä ajot korreloivat noin viisi kuukautta myöhemmin esiintyvien kuolemantapausten piikkien kanssa.

Jotta Australian pandemian ilmeistä iatrogeneesiä voitaisiin tarkastella syvällisemmin, tässä tutkimuksessa käytetään tarkempia tietoja ABS:n [10] lääkärin vahvistamista kuolleisuustiedoista, jotka ovat merkittävä osa kaikkien syiden aiheuttamaa kuolleisuutta koskevista tiedoista, kuten kuvassa 4 on esitetty.

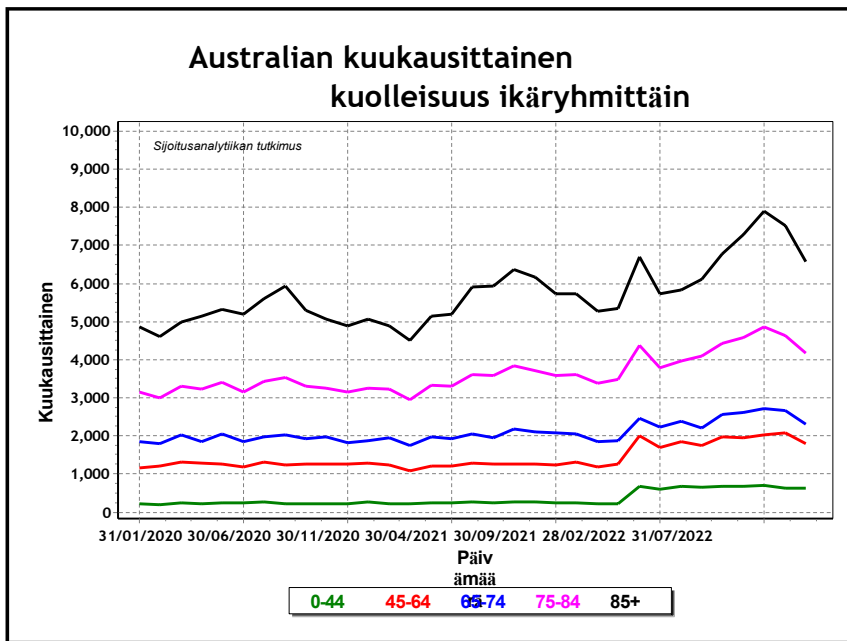
Kuva 4



Keskimäärin noin 13 prosenttia kaikista kuolemantapauksista ei ole lääkirintodistuksia, koska niitä ei pidetä ilmoitettavina kuolinsyinä ja hautaustoimistot hoitavat ne.

Ikävakiointuja tietoja vältetään, koska niiden jäljentäminen on mahdotonta ilman perustana olevia raakatietoja ja laskentamenetelmää. Tässä tutkimuksessa käytetään ABS:n luokittelemia lääkäriin vahvistamia kuolleisuustietoja ikäryhmittäin, kuten kuviosta 5 käy ilmi.

Kuva 5



Yksi ilmeinen harhaluulo voidaan havaita heti raakatiedoista (kuvio 5), nimittäin virallinen väite, jonka mukaan COVID-injektiot suojelevat kaikkein heikoimmassa asemassa olevia, vanhuksia, ja vähentävät heidän kuolleisuusriskiään. Päinvastoin, yli 85-vuotiaiden ikäryhmän kuolleisuus on ollut noususuunnassa vuodesta 2021 lähtien, alle 5 000:sta kuukaudessa lähes 8 000:een kuukaudessa heinäkuussa 2022.

Edellä kuvassa 1-5 esitetyt raakadatat, jotka ovat suurelta osin vapaita tietojen manipuloinnista, ovat tärkeimmät lähteet, joiden perusteella tietojen analyysi suoritetaan avoimesti tämän asiakirjan loppuosassa Australian COVID-pandemian iatrogeenisen synnyn tutkimiseksi.

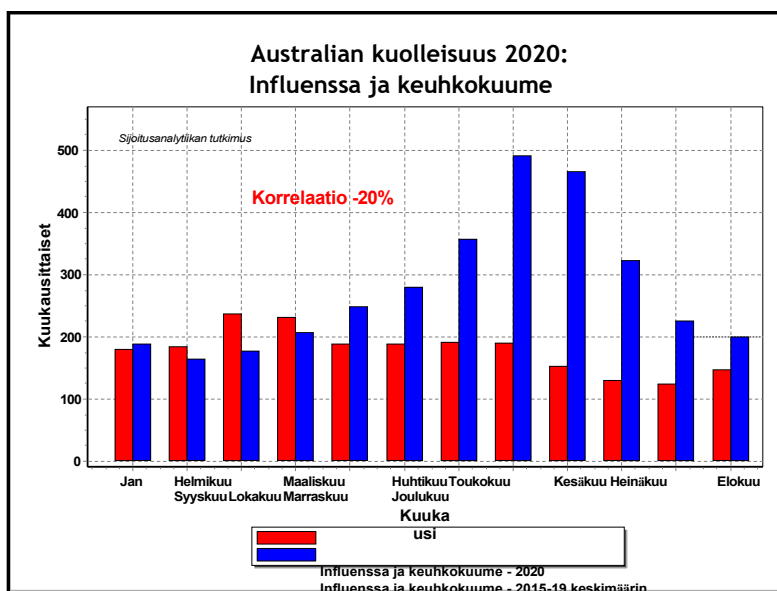
### 3. Pandemiaa edeltävä vaihe

Australian pandemiaa koskeva iatrogeeninen hypoteesi riippuu välttämättä objektiivisesta todistusaineistosta, jonka mukaan merkittävää ylikuolleisuutta ei ollut ennen hallituksen COVID-19-joukkopistoksia koskevaa interventiota. Todisteet ilmenevät jo edellä olevasta kuvioista 2, jossa kaikkien syiden aiheuttama kuolleisuus vuonna 2020 oli hyvin tavanomaisten odotusten mukainen.

Vaikka vuonna 2020 ei ollut pandemiaa, voisivatko vuonna 2020 todetut 900 COVID-19-kuolemantapausta ennakoida uudesta koronaviruksesta kehittyvää pandemiaa? Australian kuolleisuustietojen kausittaisanalyysi herättää vakavia epäilyjä siitä, kuinka "uusi" SARS-CoV-2 -virus on Australiassa. Sen lähin sukulainen, vuoden 2003 SARS (nykyisin SARS-CoV-1) julistettiin "taudinpurkaukseksi", ei edes pandemiaksi. Hengitystievirukset muuntuvat suhteellisen usein; milloin mutaatio on "uusi"? COVID-19-viruksilla oli monia muunnoksia; miksi ne eivät ole "uusia" viruksia?

Hengityselinsairaudet ovat kausiluonteisia, ja suurin osa niistä kuolee lopputalvella eli eteläisellä pallonpuoliskolla elo- ja syyskuussa, jolloin hengityselinsairaudet iskevät yleensä lähellä elämän loppuvaihetta. Tyypillinen kausivaihtelu näkyy kuvion 6 sinisillä palkeilla, jotka perustuvat viiden vuoden keskiarvoihin vuosilta 2015-2019.

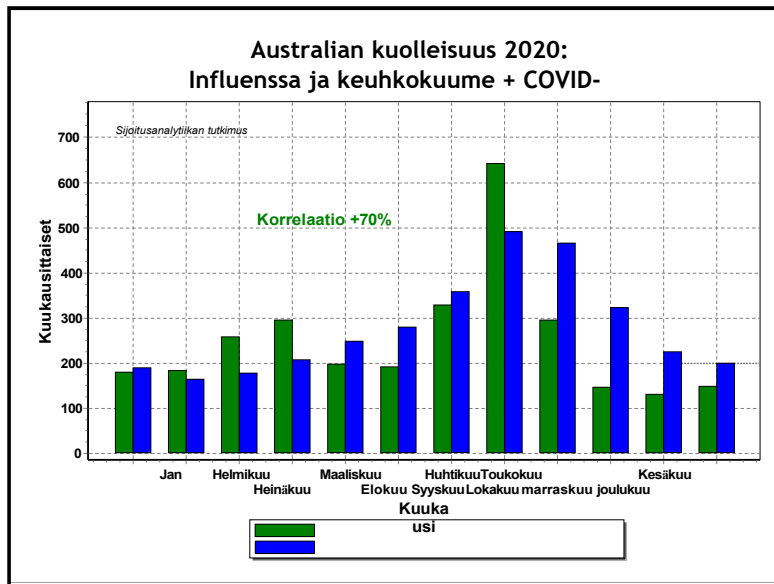
Kuva 6



Vertailun vuoksi voidaan todeta, että vuosi 2020 oli hyvin outo vuosi, jolloin influenssaan ja keuhkokuumeeseen liittyvät kuolemantapaukset (kuvion 6 punaiset pylväät) katosivat huomattavasti useiden kuukausien ajaksi loppupalven tavanomaisten huippujensa ympäriltä. Normaalien vaihteluiden ja vuoden 2020 vaihteluiden välinen korrelaatio oli negatiivinen, -20 %, mikä osoittaa merkittävää kausivaihtelua.

COVID-19 on kuitenkin hengitystiesairaus, jolla on samanlaiset oireet kuin influenssalla ja keuhkokuumeella (I&P), ja COVID-kuolemat lisääntyivät elokuun tienoilla vuonna 2020 erityisesti Victoriassa. Jos I&P:n ja COVID-19:n aiheuttamat kuolemantapaukset lasketaan yhteen, vertailu normaalisti odotettavissa olevaan kausivaihteluun on esitetty kuvassa 7.

**Kuva 7**



Kuvion 7 I&P-vertailussa vihreät pylväät, jotka sisältävät COVID-kuolemat, vastaavat nyt sinisiä pylväitä, jotka edustavat edellisvuosien odotettua kausivaihtelua, ja niiden positiivinen korrelaatio on +70 %.

Kun otetaan huomioon COVID-19-infektion huonosti määritellyt ominaisuudet ja johdannossa käsitelty COVID-19-kuolemien subjektiivinen luokittelu, on hyvin mahdollista, että COVID-kuolemat on luokiteltu huomattavasti väärin I&P-kuolemiksi.

On hyvin todennäköistä, että COVID-kuolemat luokitellaan virheellisesti I&P-kuolemiksi, koska I&P-kuolemat eivät ole kliinisesti hyvin määriteltyjä [10], kuten taulukosta 1 käy ilmi.

**Taulukko 1**

<b>X LUKU Hengityselinten sairaudet (J00-J99)</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Hengityselinten sairaudet (J00-J99)	15,330	12,721
Influenssa ja keuhkokuume (J09-J18)	3,855	2,287
Influenssa, virusta ei ole tunnistettu (J11)	249	7
Keuhkokuume, määrittelemätön organismi (J18)	2,721	2,157

Taulukko 1 on hyvin pieni ja osittainen ote laajasta ABS-tietotaulukosta, jossa luetellaan yksityiskohtaiset lääkäriin vahvistamien kuolemantapausten syyt vuosille 2019 ja 2020 Australiassa [10]. Huomaa, että suluissa olevat koodit osoittavat luokkia ja alaluokkia (sisennyksin). Influenssaan ja keuhkokuumeeseen kuolleita oli 3 855, joista 2 970 kuolemantapauksessa (77 %) ei ollut tunnistettu taudinaiheuttajaa.

Huomattakoon, että tässä asiakirjassa ei esitetä väitteitä siitä, onko COVID-19-virus tai -tauti olemassa vai ei. Todisteet viittaavat siihen, että COVID-19:n oireet ja diagnoosi ovat niin epätarkkoja ja muistuttavat niin paljon I&P-tapauksia, että ne on voitu helposti luokitella väärin.

On tärkeää, että sairaaloilla on vahvat taloudelliset kannustimet luokitella I&P-potilaat uudelleen COVID-19-potilaiksi, koska Australian hallitus on myöntänyt 4,8 miljardia dollaria COVID-19-pandemian torjuntaan [11]: "*Maailmanluokan terveydenhuoltojärjestelmämme - julkisen ja yksityisen järjestelmän yhdistelmä - kaikkia resursseja tarvitaan COVID-19-potilaiden hoitoon*", mikä tarkoittaa, että COVID-19-potilaiden määrän lisääntyminen merkitsisi suurempaa rahoitusta sairaaloille.

Lisäksi kertomus, jonka mukaan Australian kansanterveydelliset toimenpiteet, kuten peittäminen ja lukitukset, olisivat vähentäneet ylimääräisiä kuolemantapauksia vuonna 2020, ei ole kovin uskottava monestakaan syystä. Ensinnäkin se oli vastoin 2019 Event 201 - tapahtumassa toteutetun maailmanlaajuisen pandemiavalmiusharjoituksen suosituksia, joissa ei ainoastaan suositeltu lukituksia, vaan sen sijaan suositeltiin avoimia rajoja [12]:

*Valtioiden, kansainvälisten järjestöjen ja maailmanlaajuisen kuljetusyritysten olisi tehtävä yhteistyötä, jotta matkustaminen ja kaupankäynti säilyisivät vakavien pandemioiden aikana. Matkustaminen ja kauppa ovat olennaisen tärkeitä maailmantaloudelle sekä kansallisille ja jopa paikallisille talouksille, ja ne olisi säilytettävä myös pandemian aikana.*

Lisäksi kymmenet tuhannet erittäin pätevät lääketieteen tutkijat ja lääkärit ovat allekirjoittaneet *Great Barringtonin julistuksen* [13], jossa suositellaan peittämistä ja lukitsemista vastaan ja suositaan "kohdennettua suojelua". Kaiken kaikkiaan suuri määrä tutkimuksia [14] on osoittanut, että ei ole selvää näyttöä siitä, että peittäminen ja lukitseminen olisivat tehokkaita, ja Ruotsin kaltaiset maat, jotka jättävät tällaiset toimenpiteet huomiotta, eivät suoriudu yleisesti ottaen yhtään huonommin kuin muut maat. Jos nämä kansanterveydelliset toimenpiteet olisivat niin hyviä, miksi hallitukset edes tarvitsevat "rokotteita"?

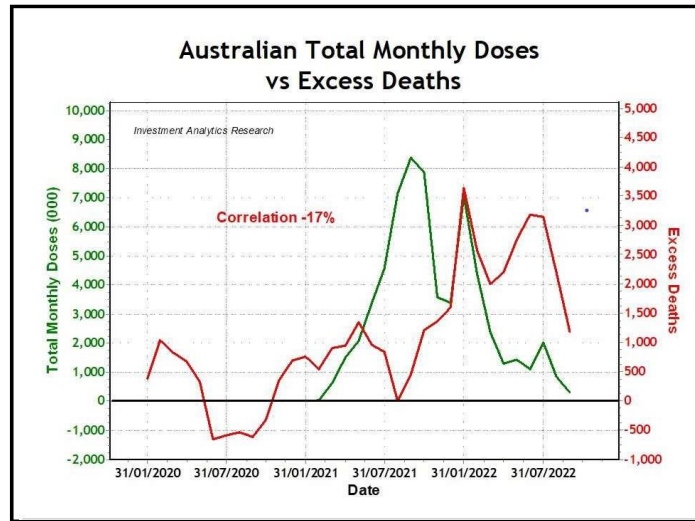
Yhteenvedon voidaan todeta, että pelkkien tilastojen perusteella ei ollut selvää näyttöä siitä, että Australiassa olisi uusi tappava koronavirus vuonna 2020. Riippumatta COVID-kuolemien täsmällisestä luonteesta tai syystä, niiden vaikutus vuoden 2020 ylimääräiseen kuolleisuuteen oli riittämätön, jotta kyseistä vuotta voitaisiin luonnehtia pandemiaksi.

#### **4. Pandemiavaihe**

Pandemiavaihe alkoi Australiassa vuonna 2021, ja kokonaiskuolleisuus ja ylikuolleisuus kasvoivat (ks. kuva 1 ja kuva 2). Vuonna 2021 alkoi myös COVID-19-joukkorokotusten, joita hallitukset kutsuivat "turvallisiksi ja tehokkaiksi rokotteiksi", aloittaminen pandemiaa varten, jota ei juuri näkynyt olevan olemassa vuonna 2020.

Ylimääräisen kuolleisuuden ja annettujen injektioiden annosten samanaikaista lisääntymistä (ks. kuva 3) tutkitaan tässä yhteydessä mahdollisen iatrogeenisen syy-yhteyden selvittämiseksi. Kuvioissa 1-3 esitetyt raakatiedot kootaan uudeksi tietokokonaisuudeksi, jotta saadaan selville kuvassa 8 esitetyn ylimääräisten kuolemantapausten ja COVID-injektioiden välinen yhteys.

Kuva 8



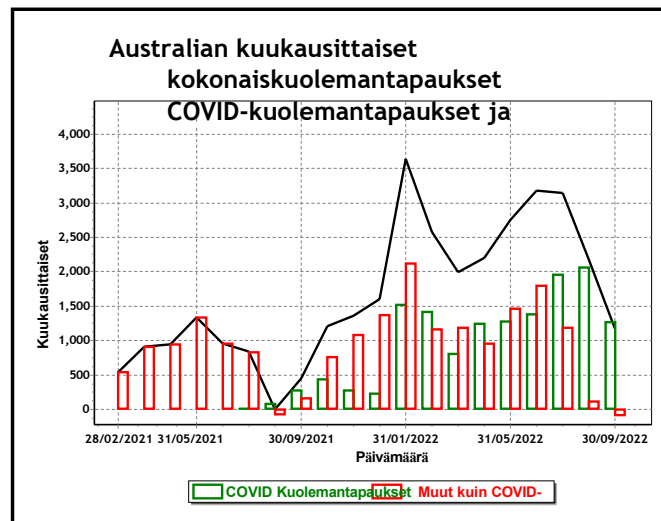
Kaiken kaikkiaan kuukausittaisten injektioannosten ja kuukausittaisen ylikuolleisuuden välillä oli -17 prosentin negatiivinen korrelaatio, ja paras näyttö korrelaatiosta oli tammikuussa 2022 ja jonkin verran näyttöä korrelaatiosta vuoden 2021 alkupuoliskolla, jolloin joukkoinjektiot alkoivat.

Samanaikaista korrelaatiota ei pitäisi odottaa, koska lääkityksen (syy) ja sen vaikutusten välillä on yleensä viive, kuten jäljempänä osoitetaan.

Joillakin ajanjaksoilla havaitut läheiset korrelaatiot viittaavat kuitenkin siihen, että pistoksilla on välitön vaikutus kuolleisuuteen, joka johtuu todennäköisesti anafylaksiasta tai muista ennakkotiloista, kuten OpenVAERS-ohjelmassa Yhdysvalloissa raportoitiin [15]. Joukkoinjektioiden ja kuolemantapausten välillä voi olla muitakin kuin vain samanaikainen korrelaatio, josta on keskusteltu aiemmin [7].

Pieni piikki ylimääräisissä kuolemantapauksissa vuoden 2021 ensimmäisellä puoliskolla, jolloin COVID-kuolemantapauksia ei ABS-tietojen [8] mukaan juurikaan ollut, on johtunut muista kuin COVID-kuolemantapauksista, kuten kuvassa 9 näkyy ensimmäisenä piikkinä.

Kuva 9



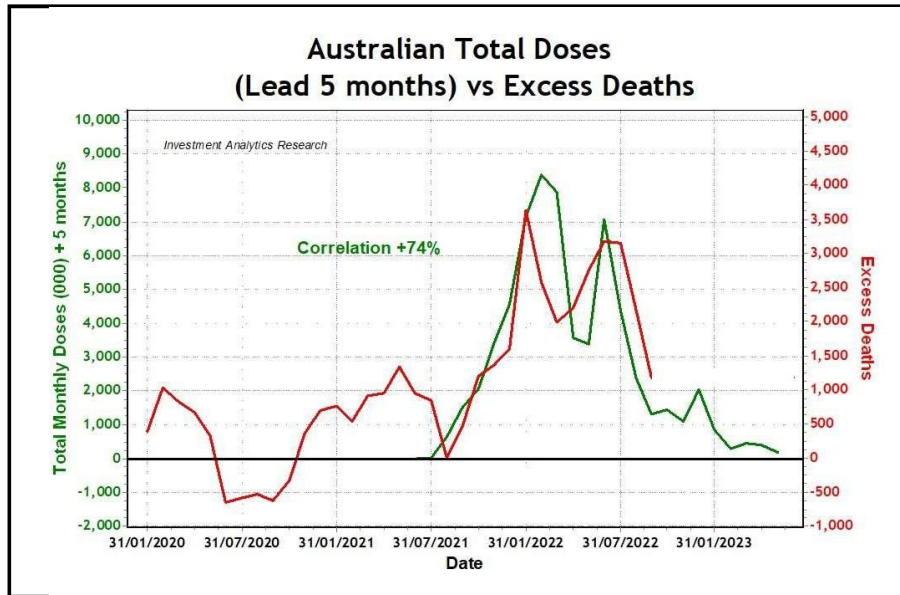


Kun vuonna 2021 otettiin käyttöön joukkopistokset, iäkkäiden, erityisesti yli 85-vuotiaiden, kuolemantapaukset lisääntyivät voimakkaasti (ks. kuvio 13). Ne, jotka olivat jo valmiiksi hauraita kroonisen tulehduksen ja lukuisten liitännäissairauksien vuoksi, menehtyivät helposti injektioiden aiheuttamaan lisähaasteeseen. Olipa heillä COVID-infektioita tai ei, ei luultavasti ollut kohtuutonta olettaa, että he kuolivat ennakko-olosuhteisiin, vaikka COVID-kuolemien liittäminen kuolemantapauksiin olisikin ollut hankalaa "rokotesuojan" narratiivin kannalta.

Tammikuun 2022 ylimääräinen kuolemantapausten huippu voi johtua sekä syyskuussa 2021 annettujen ensimmäisten injektioannosten että tammikuussa 2022 annettujen lisäannosten yhteisvaikutuksista, jotka johtuvat "patogeenisen priming"-ilmiöstä [16]. Toisin sanoen kyseessä voi olla sekä samanaikaisen kuolemaan johtavan tulehduksen että viivästyneen immuunisuppression yhdistelmä, jota käsitellään jäljempänä.

Toisin sanoen ensimmäiset injektioannokset ovat saattaneet heikentää vastaanottajien immuunijärjestelmää, jolloin he ovat alttiimpia myöhemmille haasteille, joita esimerkiksi tehosterokotukset aiheuttavat, ja tämä ilmiö tunnetaan myös nimellä "vasta-aineista riippuvainen taudin voimistuminen" [17, 18]. Jos kuukausittaisia kokonaisannoksia koskevat tiedot siirrettäisiin ajallisesti eteenpäin viidellä kuukaudella, nämä kaksi aineistoa menisivät hyvin päällekkäin kuvassa 10.

**Kuva 10**



Ylimääräisen kuolleisuuden nopea kasvu tammikuussa 2022, joka osui samaan aikaan ensimmäisen tehokampanjan kanssa, korreloi COVID-19-injektion huippulukemiin, joka tapahtui syyskuussa 2021. Ensimmäisen tehosterokotuskampanjan jälkeinen toinen injektiohuippu korreloi vielä viisi kuukautta myöhemmin heinäkuussa 2022 tapahtuneen ylimääräisen kuolleisuuden toisen huipun kanssa.

Suurin korrelaatio COVID-19-injektioiden ja ylimääräisten kuolemantapausten välillä on +74 % viiden kuukauden viiveellä. Analyysin mukaan neljän kuukauden viiveellä korrelaatio on

61 % ja kuuden kuukauden viiveellä 64 %. Näin ollen todisteet viittaavat siihen, että viiden kuukauden viiveellä tapahtuva vaikutus

on voimakkaampi kuin samanaikainen vaikutus tai muut COVID-injektioista johtuvat viivästyneet vaikutukset.

Viiden kuukauden viive on havaittu lyhyesti Yhdysvaltojen ja Yhdistyneen kuningaskunnan tietokannoissa, mutta sitä ei ole tutkittu yksityiskohtaisemmin, kuten tässä on tehty.

Vertauskuvallisesti katsottuna tammikuussa 2022 havaittu korkea korrelaatio tehosterokotusten ja kuolemantapausten välillä on todennäköisesti seurausta "yhden ja kahden tyrmäysiskun" toisesta osumasta, jossa ensimmäinen isku aiheutti suurimman vahingon viisi kuukautta aiemmin immuunijärjestelmän tukahduttamisella (ks. jäljempänä oleva keskustelu) ja sen jälkeen tehosterokotusten toisella iskulla, joka antoi nopeasti "armoniskun" uhreilleen.

Esimerkiksi Uuden Etelä-Walesin tiedot osoittavat [6], että kahden annoksen väestö kuoli nopeasti useita satoja ihmisiä viikossa ensimmäisen tehosterokotuskampanjan aikana tammikuussa 2022, kun taas tehosterokotusten aiheuttamia kuolemantapauksia kirjattiin hyvin vähän. Tehosterokotukset olivat tappavia osalle immuunipuutteisesta kahden annoksen väestöstä, mutta nämä kuolemantapaukset kirjattiin virheellisesti kahden annoksen kuolemantapauksiksi virheellisen tietojen raportointikäytännön vuoksi [7], jossa pistokset tunnistettiin vasta viikkojen viiveellä.

Ensimmäisistä tehosteista hengissä selvinneiden immuunijärjestelmä olisi heikentynyt entisestään, jolloin he olisivat olleet alttiita virusinfektioille ja toisen tehosterokotuksen aiheuttamille haitoille, mikä myöhemmin vaikutti ylimääräisen kuolleisuuden toiseen huippuun heinäkuussa 2022. Mitä useampia pistoksia joku ottaa, sitä todennäköisemmin hän saa iatrogenisia vammoja ja kuolee. Monet australialaiset ovat oppineet todellisista kokemuksistaan, jättäneet huomiotta viralliset neuvot ja suhtautuvat epäröivämmin toistuviin injektioihin.

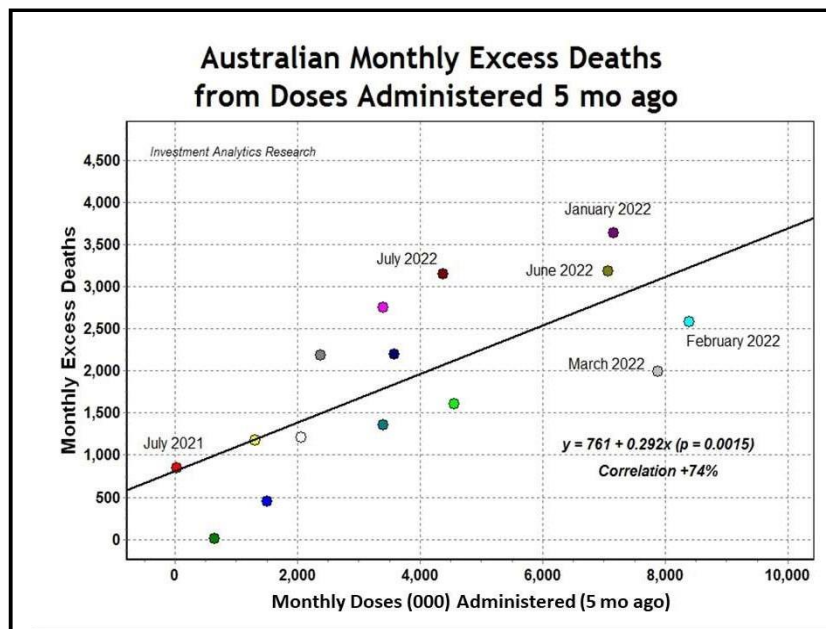
Onneksi COVID-19-injektioiden määrän laskiessa heinäkuusta 2022 lähtien empiirinen näyttö saattaa ennustaa hyviä uutisia siitä, että ylimääräisen kuolleisuuden määrä on pienempi (tiedot julkaistaan myöhemmin) loppuvuoden 2022 osalta injektiotietojen perusteella. Tammikuussa 2023 tapahtuvaa poikkeamaa lukuun ottamatta ylikuolleisuuden pitäisi edelleen laskea, kuten kuvion 10 vihreän käyrän loppupäässä ennakoidaan, ellei virallisten tahojen suostuttelu lisäannosten saamiseksi onnistu.

Tiedot viittaavat myös siihen, että kuvassa 2 esitetty naiivi suhteellinen arvio koko vuoden 2022 ylimääräisistä kuolemantapauksista on todennäköisesti yliarvio, koska pistosmäärät ovat laskeneet nopeasti viisi kuukautta aikaisemmin.

Vahvempi korrelaatio ja ajallisuus viiden kuukauden viiveellä täyttävät Bradford Hillin kausaalisuuden [5] kaksi pääkriteeriä, jotka ovat korkean korrelaation "vahvuus" ja "ajallisuus", jotka täyttyvät COVID-19-injektion aiheuttaman ylimääräisen kuolleisuuden vaikutuksen säännöllisen viiden kuukauden viiveen täytyessä.

Toinen tärkeä Bradford Hillin kriteeri on "biologinen gradientti" lääketieteessä, joka tarkoittaa odotetun, monotonisen annos-vastesuhteen olemassaoloa, eli suurempien annosten pitäisi johtaa voimakkaampiin vasteisiin. Tämä kriteeri täyttyy tilastollisesti kuvassa 9, jossa ylimääräinen kuolleisuus kasvaa ja laskee annettujen annosten myötä. Annos-vastesuhdetta voidaan matemaattisesti tarkentaa OLS-regressiolla (ordinary-least-squares), joka on tilastollisesti merkitsevä *p-arvon ollessa* 0,0015, kuten kuvasta 11 käy ilmi.

Kuva 11



Edellä esitetyn annos-vastesuhteen perusteella voidaan päätellä, että esimerkiksi viiden miljoonan annoksen antaminen kuukauden aikana kansallisesti johtaisi keskimäärin 2 221 ylimääräiseen kuolemantapaukseen viisi kuukautta myöhemmin, kun keskihajonta olisi 705 ylimääräistä kuolemantapausta tai todennäköinen vaihteluväli olisi 1 516 ja 2 926 välillä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kolmen tärkeimmän Bradford Hillin kausaalisuuskriteerin täytyessä pelkästään tilastotietoihin perustuva vahva näyttö siitä, että Australian COVID-19-pandemiaan liittyvä ylimääräinen kuolleisuus oli iatrogeenisesti aiheutettu.

## 5. Johdonmukaisuus ja spesifisyys

Kuten edellä on esitetty, Australian tiedot ovat osoittaneet syy-yhteyksien johdonmukaisuutta ajan myötä. Onko samanlaisia yhteyksiä havaittu muualla samanlaisissa olosuhteissa?

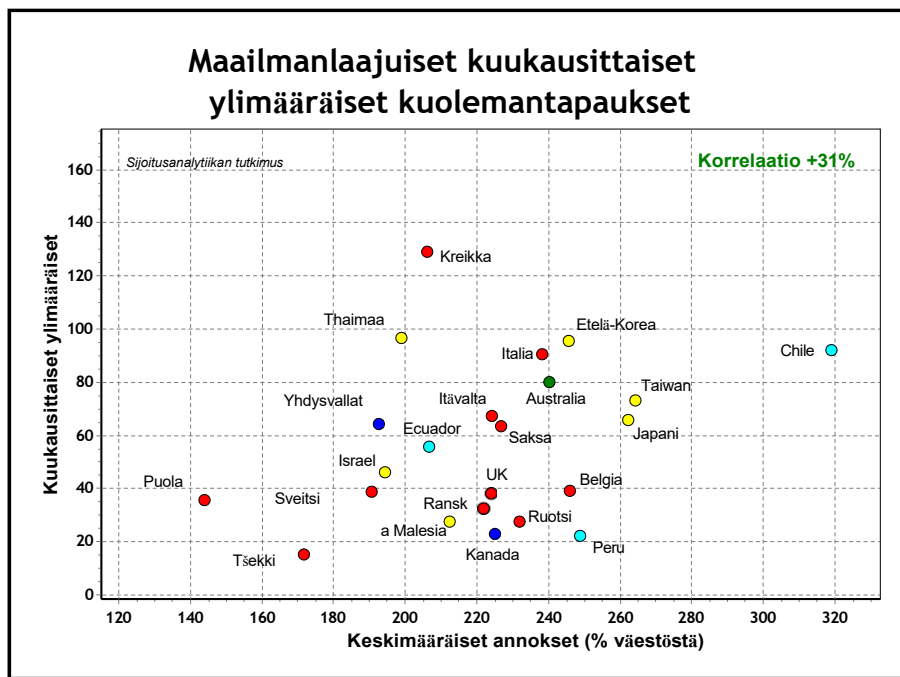
Johdonmukaisuus on toinen kriteeri, jonka Bradford Hill [5] katsoi tärkeäksi ottaa huomioon.

Kansainvälisiä vertailuja COVID-19-injektioiden ja ylimääräisen kuolleisuuden välisestä suhteesta vaikeuttaa tietojen heterogeisuus. Joissakin maissa, kuten Afrikassa, on suurelta osin vältetty joukkoinjektioita, kun taas toisissa maissa, kuten Tyynenmeren saarilla ja Afrikassa, on epäsäännöllisiä tilastoja ylikuolleisuudesta. Niissäkin maissa, joilla on tietoja sekä injektioannoksista että ylikuolleisuudesta, jotkin maat raportoivat viikoittain, toiset kuukausittain, ja niiden raportointipäivämäärät ja käytettävissä olevien tietojen ajanjaksot ovat yleensä erilaisia.

Our World in Data -julkaisun [20] mukaan on noin kaksi tusinaa maata, mukaan lukien useimmat suuret kehittyneet maat, joilla on vertailukelpoinen määrä tietoja poikkileikkausanalyysin tekemistä varten. Kunkin maan COVID-injektioiden tasoksi katsotaan viimeisimmät ilmoitetut kokonaisannokset sataa asukasta kohti. Keskimääräinen kuukausittainen lisäkuolleisuus lasketaan kumulatiivisen lisäkuolleisuuden lisääntymisestä miljoonaa ihmistä kohti aikaisimman injektio-aloituspäivän ja viimeisimmän raportointipäivän välillä, jotka vaihtelevat maittain.

Vaikka kansainvälinen tietokokonaisuus ei ole läheskään täydellinen ja valittujen maiden tiedot, joiden määrä on riittävä, ovat todennäköisesti laadultaan epäyhtenäisiä, positiivinen annos-vastesuhde näyttää olevan havaittavissa kaikissa valituissa maissa, kuten kuvasta 12 käy ilmi.

Kuva 12

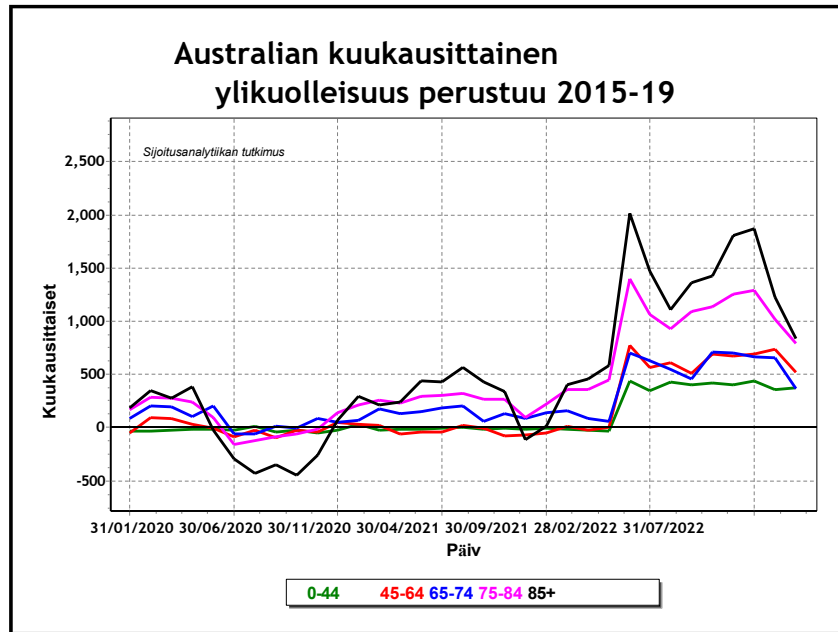


Maiden värit viittaavat maanosiiin. Tähän mennessä vuonna 2022 Australian ylikuolleisuus miljoonaa asukasta kohti on noin kaksinkertainen Yhdistyneeseen kuningaskuntaan verrattuna, mutta australialaiset ovat "rokotetumpia". Australia on korkeampien annostensa ansiosta myös AUKUS- ja kanadalaisten kumppaneidensa edellä ylimääräisissä kuolemantapauksissa. Positiivinen annos-vastesuhde näyttää olevan lievästi johdonmukainen. +31 % korrelaatio 23 maassa.

Toinen Bradford Hillin kausaalisuuden hyödyllinen kriteeri on "spesifisyys", joka liittyy siihen, onko ylimääräisille kuolemantapauksille olemassa kilpailevia syitä, joiden yhteys on yhtä voimakas. Huomattakoon, että spesifisyys ei ole välttämätön kriteeri, mutta jos se täyttyy, se auttaa tekemään päätelmiä todennäköisimmistä syistä. Onko iatrogeneesi vahvin ja spesifisin selitys havaitulle ylikuolleisuudelle?

Kuviossa 13 on laskettu kuvion 5 raakadatan avulla Australian pandemian aiheuttaman ylimääräisen kuolleisuuden ikäriippuvuus.

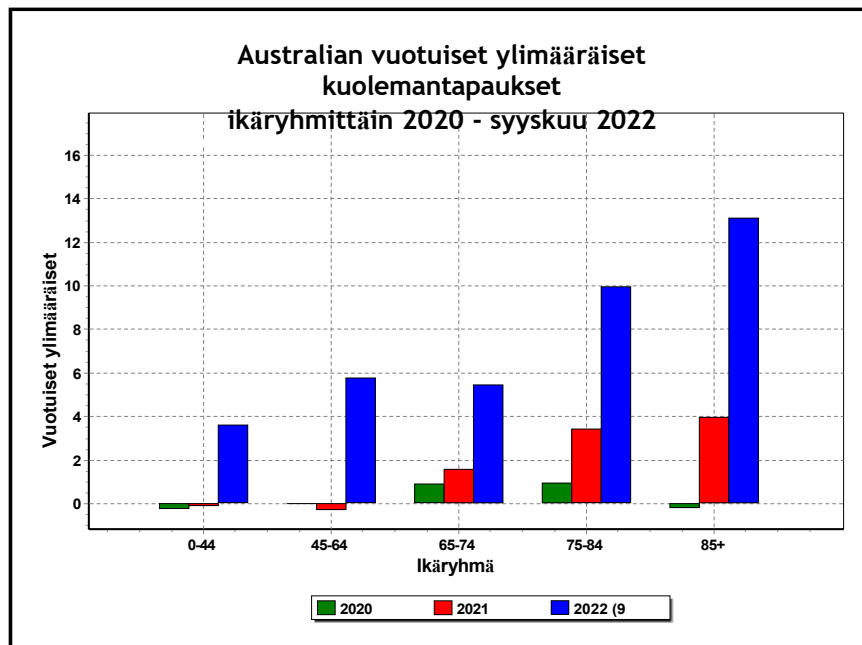
Kuva 13



Vanhimmat ikäryhmät, yli 75-vuotiaat, aiheuttivat suurimman osan Australian pandemian ylimääräisistä kuolemantapauksista. Syyskuussa 2021 tapahtunutta notkahdusta lukuun ottamatta vanhempien ikäryhmien ylimääräinen kuolleisuus oli jatkuvasti korkeampi, ja suuntaus oli ajan mittaan korkeampi kuin nuorempien ikäryhmien.

Tämä tosiasia käy selvemmin ilmi kuvion 14 vuotuisista aggregaateista.

Kuva 14



Vuoden 2022 yhdeksän kuukauden aikana yli 75-vuotiaiden ikäryhmien osuus oli 23 086 ylimääräistä kuolemantapausta, mikä on 61 prosenttia kaikkien ikäryhmien 37 934 ylimääräisestä kuolemantapauksesta. Todisteet ovat ristiriidassa sen usein esitetyn väitteen kanssa, jonka mukaan COVID-injektiot ovat erityisen hyödyllisiä iäkkäille ja heikoimmassa asemassa oleville henkilöille. Väitteelle oli vain rajallinen tieteellinen perusta, koska "rokotetutkimuksiin" osallistui vain vähän iäkkäitä osallistujia, esimerkiksi Pfizerin tutkimuksissa [21] oli vain 4,5 prosenttia yli 75-vuotiaita, mikä on aliedustava väestöryhmä.

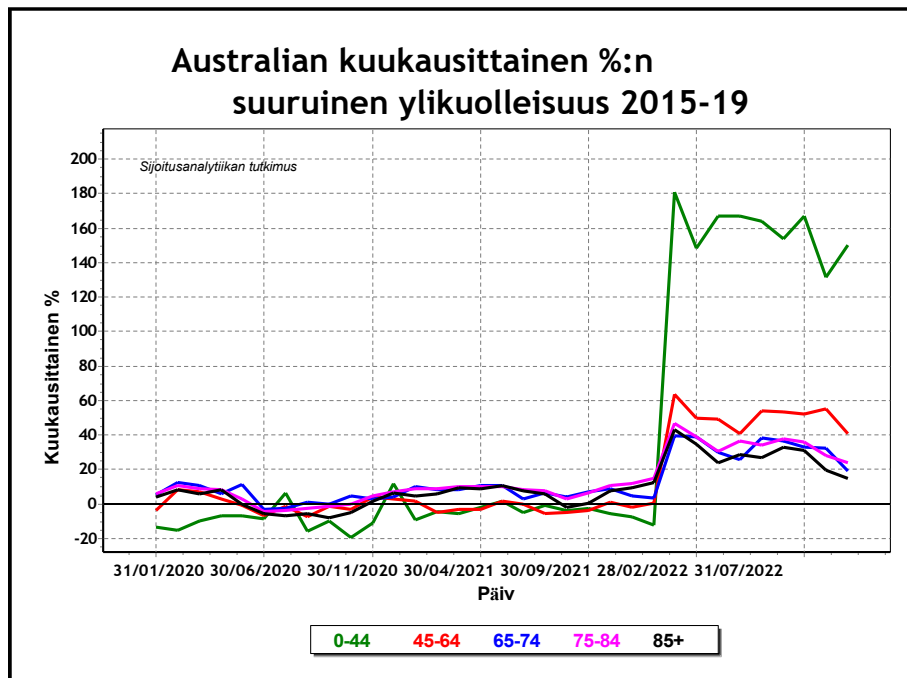
Vuosien 2021 ja syyskuun 2022 välisenä aikana laajalle levinneiden injektioiden aikana vanhin yli 85-vuotiaiden ikäryhmä lisäsi huomattavasti kokonaisylimenokuolleisuuttaan 17 098:lla, kun taas 75-84-vuotiaiden ikäryhmä lisäsi 13 389:llä. Heikoimmassa asemassa olevat ryhmät ovat aiheuttaneet 65 prosenttia COVID-injektioiden käyttöönoton myötä tapahtuneesta kokonaisylimenokuolemien kasvusta.

Haavoittuvassa asemassa olevat, jo valmiiksi huonokuntoiset ja kroonisesti tulehtuneet ihmiset kärsivät helposti pistosten patogeenein aiheuttamasta lisähaastetta. Iäkkäiden ihmisten liitännäissairauksien vuoksi on kuitenkin esitetty kaikenlaisia muita selityksiä kuin "rokotteet", kuten "pitkä COVID", helleaallot, ilmastonmuutos ja niin edelleen, ylimääräisten kuolemantapausten lisääntymiselle.

COVID-injektioiden spesifisyys lisäkuolleisuuden suhteen on paljon selkeämpi nuorten kuin vanhusten kohdalla, koska mahdollisia sekoittavia tekijöitä on vähemmän. Vuonna 2019 Australian asukasluku oli 25,35 miljoonaa, josta 15,17 miljoonaa kuului 0-44-vuotiaiden ikäryhmään eli noin 60 % koko väestöstä. Huolimatta siitä, että nuorimmassa 0-44-vuotiaiden ikäryhmässä on pienempi määrä ylimääräisiä kuolemia, tilastollinen signaali on dramaattinen, koska ryhmän kuolleisuusriski on yleensä hyvin pieni.

Kuvassa 15 esitetään ikäryhmien välinen vertailu, jossa ylikuolleisuus ilmaistaan prosentteina perustason odotetusta kuolleisuudesta.

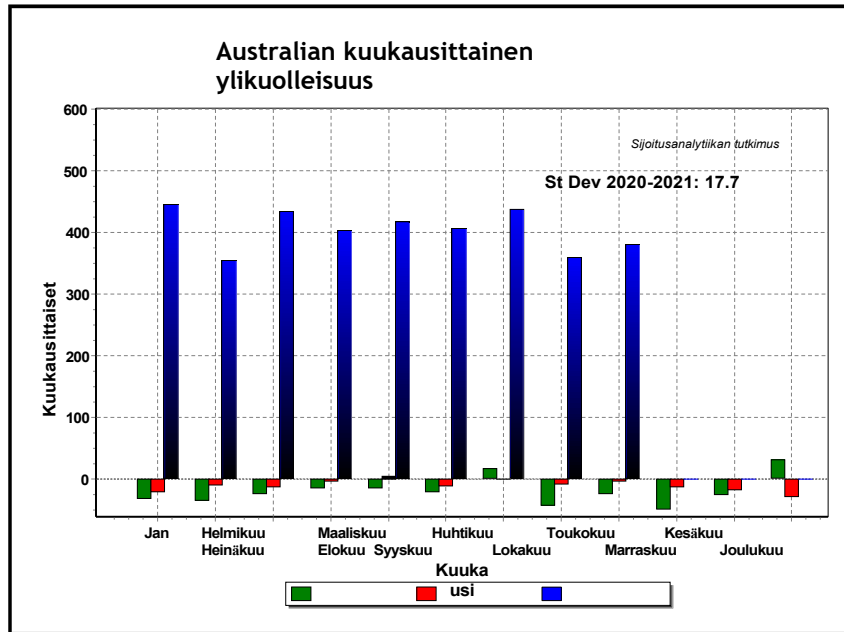
Kuva 15



Tilastollisesti erittäin merkittävää on, että nuorimmissa 0-44-vuotiaiden ryhmässä kuolleisuus ylittää vuonna 2022 noin 160 prosenttia historiallisen odotuksen verrattuna alle 20 prosentin vaihteluun kaikissa ikäryhmissä ennen vuotta 2022. Vaikka nuorimmissa ikäryhmässä kuolleiden määrä on "vain" 400 kuussa vuonna 2022, heidän odotettu kuolleisuutensa on yleensä hyvin alhainen. Näin ollen nuorimman ikäryhmän kärsimät haitat ovat olleet suhteellisesti hyvin suuria.

Kuviossa 16 esitetään nuorimpaan 0-44-vuotiaiden ikäryhmään keskittyen ylikuolleisuuden kuukausittaiset vaihtelut vuosien 2020 ja syyskuun 2022 välillä.

**Kuva 16**



Tässä ikäryhmässä keskihajonta odotetusta kuolleisuudesta vuosien 2020-2021 keskiarvona on 17,7 kuolemantapausta kuukaudessa. Tämän ikäryhmän ylikuolleisuus oli vuonna 2022 jatkuvasti noin 400 kuolemantapausta kuukaudessa, mikä tarkoittaa, että vuonna 2022 joka kuukausi sattui 23:n sigman tapauksia. Tämä vastaa kuvainnollisesti 9,5 asteikon maanjäristystä epidemiologian Richterin asteikolla.

Mitkä muut syyt, jotka täyttävät Bradford Hillin peruskriteerit, voisivat selittää tämän valtavan määrän ylimääräisiä kuolemantapauksia nuorten keskuudessa, lukuun ottamatta COVID-joukkopistoksia, jotka usein annettiin pakkokeinoin?

Nuorimmissa ikäryhmässä kuolemantapausten lisääntymiselle on hyvin erityinen ja todennäköinen syy-yhteyshdokas: COVID-19-injektiot, koska mitään muuta uskottavaa syytä, jolla olisi yhtä voimakas yhteys, ei ole esitetty. Vaikuttaa siltä, että nuorten ylikuolleisuuden tilastollinen merkittävyys ei ole vielä saanut virallista huomiota.



## 6. Johdonmukaisuus ja uskottavuus

Bradford Hillin johdonmukaisuuden ja uskottavuuden osalta viittaus iatrogeeniseen alkuperään viiden kuukauden kuluttua COVID-injektioista tapahtuneiden ylimääräisten kuolemantapausten osalta ei ole ristiriidassa minkään "rokoteturvallisuuksi" koskevan tutkimuksen kanssa. Suoritetut kliiniset tutkimukset olivat paljon lyhyempiä kuin viisi kuukautta. Esimerkiksi Pfizerin BNT162b2-tutkimus [21] tehtiin 27. heinäkuuta 2020 ja 14. marraskuuta 2020 välisenä aikana, ja tietojen päättymispäivä oli 9. lokakuuta 2020.

Toisin sanoen Pfizerin analysoidut tutkimustiedot tehtiin yhdentoista viikon tai 77 päivän aikana, mikä on noin puolet siitä ajasta, joka tarvitaan edellä mainittujen empiiristen havaintojen mukaisten kuolemantapausten syntyyn, joten ehdotettu iatrogeneesi on johdonmukainen eikä ole ristiriidassa minkään tunnettujen tosiasioiden kanssa.

Onko olemassa uskottavia biologisia mekanismeja, jotka voisivat selittää COVID-19-injektioiden kausaalisen vaikutuksen nuorten ja terveiden ihmisten ylikuolleisuuteen? Kolmen viime vuoden aikana on julkaistu runsaasti tutkimuksia siitä, miten joko oletetusta SARS-CoV-2 -virusinfektiosta peräisin oleva tai mRNA-injektioista syntyvä piikki proteiini voi aiheuttaa tulehduksen eri elimissä ja aiheuttaa kuoleman.

Useimmat ehdotetuista mekanismeista ovat todistusvoimaisia, uskottavia ja johdonmukaisia lääketieteellisen tutkimuksen huipputason nykyisten tietojen kanssa. Tieteen "nopeus" vaatii kuitenkin vielä monta vuotta tutkimusten toistamista ja validointia, jotta voidaan selvittää parhaat selitykset jatkuvasti kasautuvalle todistusaineistolle. Ei ole osaamisemme tai tämän asiakirjan puitteissa mahdollista kommentoida laajaa kirjallisuutta, lukuun ottamatta joidenkin tutkimustulosten mainitsemista, jotka saattavat olla merkityksellisiä tässä asiakirjassa esitettyjen tilastollisten havaintojen kannalta.

Useimmat teoriat COVID-injektioiden iatrogeenisestä synnystä pyörivät mekanismien ympärillä, joilla piikki proteiini voi aiheuttaa immuunijärjestelmän tukahduttamisen, jota kutsutaan "patogeeniseksi primingiksi" [16] tai "vasta-aineesta riippuvaiseksi tehostamiseksi" [17, 18]. Pohjimmiltaan toistuvien infektioiden tai mRNA-injektioiden jälkeen elimistö sopeutuu patogeeniin tai samankaltaisiin patogeeneihin säätämällä immuunijärjestelmää alaspäin.

Hiljattain julkaistussa kliinisessä tutkimuksessa [19], joka koski mRNA-injektioita, havaittiin, että neutraloivien IgG3-vasta-aineiden tuotanto piikki proteiinia vastaan vaihtui ajan myötä ei-neutraloivien IgG4-vasta-aineiden tuotantoon. Näin ollen luokan vaihtuminen voi vähentää myrkyllisen piikki proteiinin puhdistumisnopeutta, jolloin siihen voi kertyä riittävästi vasta-aineita aiheuttamaan patogeneesiä ja kuolleisuutta.

Tässä tutkimuksessa havaittu viiden kuukauden viive injektioiden ja kuolleisuuden välillä saattaa liittyä vasta-aineluokkien väliseen vaihtoaikaan, johon ei keskitytty mainitussa kliinisessä tutkimuksessa, mutta se antaa joitakin hyödyllisiä viitteitä. IgG-vasta-aineiden tasot mitattiin 10 päivää ja 210 päivää toisen mRNA-annoksen jälkeen.

Luokanvaihtoa ei tapahtunut 10 päivässä, mutta se havaittiin 210 päivässä, mikä viittaa siihen, että se on suhteellisen hidas prosessi [19]. Eräät tapaukset, joissa infektio puhkesi 70 päivän kuluttua toisesta annoksesta, viittaavat kuitenkin siihen, että immunosuppressiivinen vaikutus voi ilmetä merkityksellisesti jo paljon aikaisemmin.

Australiassa suositeltu väli ensimmäisen ja toisen mRNA-injektion välillä on 8-12 viikkoa.

Jos vasta-aineluokan vaihtomekanismi aiheuttaisi ylimääräiset kuolemantapaukset viisi kuukautta myöhemmin, mekanismi tukahduttaisi immuniteetin merkittävästi noin 100 päivän kuluttua. Yhteenvedona voidaan todeta, että IgG4-luokan vaihtuminen

vasta-aineet ovat uskottava mutta ei todistettu mekanismi, joka selittää COVID-19-injektioiden havaitun immuunisuppression.

## 7. Kokeilu ja analogia

Bradford Hill [5] tarkoittaa "kokeella" mitä tahansa laboratorio- (*in vitro*) tai kliinistä (*in vivo*) näyttöä, joka tukee epidemiologista yhteyttä syy ja seurauksen välillä. Nykyisessä ylikuolleisuuden syytä koskevassa yhteydessä "kokeella" olisi tarkoitettava ruumiinavauksia ja ruumiinavauksia, joilla osoitetaan yhteys COVID-injektioiden ja kuolemantapausten välillä.

Australian hallitukset ovat tietoisesti estäneet tällaiset "kokeet", koska ne voivat johtaa tuloksiin, jotka aiheuttavat "rokotteiden epäröintiä". Esimerkiksi australialaisia lääkäreitä on uhattu jopa 20 000 dollarin uhalla, jos he ovat käyttäneet serologisia testejä COVID-19-diagnoosin PCR-testauksen tulosten tarkistamiseksi [22]. Tieteellinen tarve on kuitenkin niin vahva, että se on johtanut useisiin post mortem -tutkimuksiin, joissa on löydetty "savuava ase", joka osoittaa, että COVID-injektioista on peräisin piikkiproteiineja.

SARS-Cov-2 -virus on määritelty Wuhanin virologian instituutin julkaiseman täydellisen genomisekvenssin perusteella [23]. Ilman, että mitään väitettä olisi riippumattomasti validoitu, COVID-19-potilaista ei ole koskaan eristetty virusta, joka täsmälleen vastaisi genomisekvenssiä, eikä infektiosta saatua piikkiproteiinia ole täsmälleen sovitettu SARS-CoV-2 -viruksen piikkiproteiiniin. Lähetä-RNA, joka syntetisoidaan ja valmistetaan mRNA-injektioiden lipidinanopartikkeleihin (LNP), vastaa oletettavasti julkaistun sekvenssin asiaankuuluvaa osaa.

Ruumiinavauksista saaduista kudoksista löydetty piikkiproteiinit voivat olla *peräisin* infektiosta ja/tai injektioista. Kun otetaan huomioon, miten PCR-testi on kehitetty, kuten tämän asiakirjan johdannossa todettiin, ilman geneettistä analyysia COVID-tartunnan saaneesta henkilöstä peräisin olevat piikkiproteiinit ovat voineet olla peräisin influenssaviruksesta, joka eroaa koronaviruksesta lähinnä siinä, että sen genomi on segmentoitu ja pikemminkin jatkuva.

Jos COVID-injektiot tukahduttavat immuunijärjestelmää ja estävät patogeenisten piikkiproteiinien poistumisen ja itse asiassa tuottavat vielä enemmän piikkiproteiineja elimistön omien solujen toimesta, ruumiinavausten ja ruumiinavausten pitäisi osoittaa, että piikkiproteiineja on huomattavia määriä.

Ruumiinavauksista saatujen tietojen mukaan ydinkapsidi-IgG/IgM:n ja niille tyypillisten morfologisten piirteiden puuttuminen COVID-19:stä on osoitus piikkiproteiinien mRNA-injektion alkuperästä [24-27]. Havaitut aikaviiveet injektioiden jälkeen päivistä useisiin kuukausiin tapahtuvien kuolemantapausten osalta ovat johdonmukaisia edellä käsitellyn lyhyen aikavälin kausaalisuuden ja pitkän aikavälin kausaalisuuden yhdistelmän kanssa.

Ruumiinavauskokeet, joissa COVID-morfologiat puuttuvat ilman viruksen nukleokapsidiproteiinia ja niihin liittyviä vasta-aineita, ovat pitkälti kumonneet selityksen, jonka mukaan COVID-tauti tai "pitkä COVID" on näiden kuolemantapausten syy. Tämä syy-yhteys on erityisen epätodennäköinen selittämään ylikuolleisuuden dramaattista kasvua nuorimmassa 0-44-vuotiaiden ikäryhmässä, jonka infektoriskin tiedetään olevan pieni, koska se on yleensä terve ilman liitännäissairauksia. Nuoret ovat usein kuolleet

äkillisesti sydänlihastulehdukseen ja

sydänpussitulehdus urheilukentillä tai unissaan mRNA-injektioiden jälkeen, mutta ilman merkkejä infektiosta [27].

Nykyistä COVID-19-pandemiaa voidaan verrata vuoden 2009 "sikainfluenssapandemiaan", joka johtui H1N1-influenssaviruksesta. Silloin, kuten nytkin, pandemiaa ei kutsuttu pandemiaksi tosiasioiden vaan Oxfordin tietokonemallien ennustaman erittäin tarttuvan ja erittäin tappavan taudin odotusten perusteella. Tärkein ero on se, että vuoden 2009 "pandemiaa" ei koskaan päästetty muuttumaan iatrogeeniseksi pandemiaksi, ja se kuoli nopeasti itsestään ja oli lopulta vain kausi-influenssan heikompi muoto. Jaksossa oli maailmanlaajuisesti enemmän tapauksia, mutta vähemmän kuolemantapauksia (noin 18 000) ja paljon alhaisempi kuolemantapausten määrä kuin kausi-influenssassa [28]. Ylimääräisen kuolleisuuden määritelmän mukaan vuoden 2009 "sikainfluenssakausi" ei ollut pandemia.

Tärkein ero silloisen ja nykyisen tilanteen välillä on se, että vuonna 2009 ei ollut massarokotuksilla merkittävää merkitystä, joten välttyttiin iatrogeeniselta pandemialta, kuten nyt. Vuonna 2009 "rokotteiden" tuotanto ja niiden ruiskuttaminen väestöön ei ollut riittävän nopeaa tai laajalle levinnyttä, ennen kuin "sikainfluenssatartunnat" kuolivat itsestään.

Vuosina 2009-2020 hallituksia "koulutettiin" "pandemiavalmiuteen", mikä tarkoitti valmistautumista laillisesti julistettuihin hätätoimenpiteisiin, joita "tieteen nopeus" ei estänyt. Esimerkiksi lukitukset pantiin täytäntöön kaikkialla ilman tieteellisiä perusteita [14], mikä myös esti eristämisestä johtuvan laumaimmunitietin kehittymisen ja pidensi siten tartunta-aikaa. Käytettävissä olleessa pidennetyssä ajassa "rokotteita" kehitettiin "operaatio Warp Speed" -periaatteella ja niitä rynnähtiin markkinoille ohittaen tavanomaiset menettelyt, joilla varmistettiin turvallisuus pidemmällä aikavälillä tehtävillä testeillä.

Vuoden 2009 sikainfluenssaa voidaan verrata siihen, että COVID-19-pandemia ei ehkä olisi jatkunut tai edes ollut olemassa (esimerkiksi vuoden 2003 SARS-epidemiana), jos COVID-19-pandemiaa ei olisi aiheutettu ja ylläpidetty massamittaisilla mRNA-injektioilla.

## 8. Bradford Hillin analyysi

Austin Bradford Hill ehdotti [5] yhdeksää "näkökulmaa" tai näkökohtaa, jotka on otettava huomioon kausaalisuuden kannalta. Hän ei kutsunut niitä "kriteereiksi", joita on käytetty tässä asiakirjassa yksinkertaisuuden ja helppouden vuoksi. Bradford Hill pidättäytyi kutsumasta niitä yhdeksäksi kriteeriksi, koska ne eivät ole välttämättömiä eivätkä riittäviä ehtoja, joiden perusteella voitaisiin tehdä kovia ja nopeita päätöksiä kausaalisuudesta. Ne ovat näkökohtia, jotka on otettava huomioon tarkasteltaessa vaihtoehtoisia syyhypoteeseja.

Tieteessä kullakin hetkellä käytettävissä olevat tosiasiat määräävät, mikä on paras selitys, ja Bradford Hill on ehdottanut joitakin objektiivisia näkökohtia, jotka auttavat päättämään vaihtoehtoisista selityksistä. Tässä asiakirjassa on raportoitu joitakin erittäin merkittäviä tosiasioita, joita ei ehkä ole vielä tunnustettu. Merkittävät tosiasiat ovat peräisin epidemiologisista tiedoista, kun ne on esitetty ilman manipuloinnin ja luokittelun aiheuttamaa hämärtämistä, kuten virallisissa terveystieteiden raporteissa.

Tämän asiakirjan aiemmissa osissa on käsitelty Bradford Hillin "kriteerejä", joiden avulla voidaan arvioida iatrogeenista johtuvaa hypoteesia Australian ylikuolleisuuden osalta vuodesta 2021 lähtien. Edellisissä jaksoissa tehdystä analyysistä on yhteenveto taulukossa 2.

**Taulukko 2**

Kriteeri	Todisteet	Kommentti
1. Vahvuus	4 jakso, kuva 9	Kuukausittainen korrelaatio injektioannosten ja ylimääräisten kuolemantapausten välillä +74 %.
2. Johdonmukaisuus	Jakso 4, kuva 10; 5 jakso, kuva 11	Injektioiden ja ylimääräisten kuolemantapausten välillä on vahvaa korrelaatiota eri aikoina ja monissa maissa.
3. Spesifisyys	5 jakso, kuvat 14 & 15	Iatrogeenisille liikakuolemille on vain vähän muita kilpailevia selityksiä, erityisesti nuorten kohdalla.
4. Ajallisuus	4 jakso, kuvat 9 ja 10	COVID-injektioiden jälkeiset kuolemantapaukset ovat johdonmukaisesti viiden kuukauden viiveellä.
5. Biologinen gradientti	4 jakso, kuva 10	Tietojen perusteella havaittiin johdonmukainen annos-vastesuhde.
6. Uskottavuus	6 jakso	Runsas tutkimukset osoittavat, että injektiot tukahduttavat immuniteettia. Vasta-aineluokan vaihtuminen IgG3:sta IgG4:ään johtaa piikkiproteiinien neutraloitumattomuuteen.
7. Koherenssi	6 jakso	Täällä havaitut turvallisuussignaalit eivätkä myöskään ehdotettu taustalla oleva patologia on ristiriidassa olemassa olevien tosiasioiden kanssa.
8. Koe	7 jakso	Ruumiinavaukset osoittavat mRNA-injektioilla nimenomaisesti tuotettujen piikkiproteiinien patologian.
9. Analogia	7 jakso	Vuoden 2009 sikainfluenssa hävisi luonnollisesti ilman massaa. "rokotus".

Tärkeimmät panokset Australian COVID-19-pandemiaa koskevaan nykyiseen tietämykseen sisältyvät jaksoihin 4 ja 5, joissa käsitellään viittä ensimmäistä Bradford Hillin kriteeriä. Nämä kriteerit ovat luultavasti tärkeimpiä, koska niitä sovelletaan yhtä lailla "koviin tieteisiin", kuten fysiikkaan. Kriteerejä 6-9 tarkastellaan jaksoissa 6 ja 7 olemassa olevan kirjallisuuden avulla, jonka voidaan nähdä yleisesti tukevan tässä asiakirjassa esitettyä iatrogeenista hypoteesia.

Jos oletetaan, että Australian pandemia on iatrogeeninen ja että se on aiheuttanut havaitun ylikuolleisuuden, siitä seuraa myös, että haitat tai haittojen riski ovat suuremmat kuin COVID-injektioista saatava hyöty. Tämä voidaan osoittaa muodollisesti kuolleisuusriskin ja hyödyn yhtälön avulla, joka ilmaistaan seuraavasti:

$$\begin{aligned}
 & \textit{Injektion haittavaikutusten vuoksi} \\
 & \textit{menetetyt elämät (L)} \\
 & - \textit{Tautien lieventämisestä säästyneet} \\
 & \textit{elämät (S)} \\
 & = \textit{Ylimääräiset kuolemantapaukset (X)}
 \end{aligned}$$

tai  $L-S = X$ . Ylimääräisten kuolemantapausten  $X$  tiedetään olevan suuria, mutta  $L$  ja  $S$  eivät

ole tiedossa. Koska  $X \gg 0$ , seuraa, että  $L-S \gg 0$  tai  $L \gg S$ , joten  $L/S \gg 1$ . Kuolleisuuden riski-hyötysuhde, joka voidaan määritellä  $L/S$ :llä, on hyvin suuri.

Koska Australian COVID-joukkopistoskäytäntö on aiheuttanut erittäin paljon ylimääräisiä kuolemantapauksia, menetetyt ihmishenget ovat huomattavasti suuremmat kuin säästetyt ihmishenget; kuolleisuusriskin ja hyötyjen suhde on erittäin korkea.

## 9. Päätelmä

Kuolleisuustietojen perusteella Australian COVID-19-pandemia alkoi vasta, kun mRNA-massaruiskutukset alkoivat vuonna 2021. On ironista, että joukkoinjektiot, jotka otettiin käyttöön olemattoman pandemian lieventämiseksi, aiheuttivat todellisen iatrogeenisen pandemian. Tämä Bradford Hillin analyysin tukema tutkimus on osoittanut, että pandemian vähentämiseksi annettujen injektioiden määrän lisääntyminen aiheutti päinvastaisen vaikutuksen, sillä se lisäsi ylimääräisten kuolemantapausten määrää pandemian aikana.

Tietojen perusteella havaittu erittäin suuri kuolemantapausten määrä merkitsee sitä, että COVID-injektioiden kuolleisuusriski/hyötysuhde on hyvin korkea. Toisin sanoen toteutunut haitta tai riski on ollut paljon suurempi kuin COVID-injektioista saatava hyöty.

Tässä tutkimuksessa on otettu käyttöön hyvin yksinkertainen mutta vankka menetelmä, jota muiden maiden, erityisesti kuvassa 12 esitettyjen maiden, joilla näyttää olevan riittävästi tietoja, olisi käytettävä omien pandemioidensa todennäköisen iatrogeenisen alkuperän toistamiseen ja tutkimiseen. Tutkimuksen mahdolliset tulokset voivat vaikuttaa miljardien ihmisten elämään maailmassa.

## Viitteet

1. Maailman terveysjärjestö. WHO:n pääjohtajan avauspuheenvuorot COVID-19:n tiedotustilaisuudessa - 11. maaliskuuta 2020, *Tiedotteet*, Haettu osoitteesta: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19\\_11-march-2020](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19_11-march-2020) (viitattu 23. tammikuuta 2023).
2. Maailman terveysjärjestö. Pandemic Preparedness, *Communicable Disease Surveillance & Response (CSR)*, 2. helmikuuta 2003, Haettu osoitteesta: <http://web.archive.org/web/20030202200410/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>.
3. Centers for Disease Control and Prevention. CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, *FDA:n lehdistötiedote*, Haettu osoitteesta: <https://www.fda.gov/media/134922/download>.
4. Roos R. Pfizerin johtaja nauraa, kun häneltä kysytään, tiesivätkö he, että heidän tuotteensa lopetti lähetyksen ennen julkaisua, Haettu [osoitteesta](https://www.youtube.com/watch?v=2YagXbprzFE): <https://www.youtube.com/watch?v=2YagXbprzFE>.
5. Hill AB, Ympäristö ja sairaudet: yhteys vai syy-yhteys? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (1965) 58, 295-300. Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/003591576505800503>
6. Sy W. Mortality risk of COVID-19 injections: evidence from New South Wales and England, *Academia*, 30. heinäkuuta 2022, [https://www.academia.edu/83924771/Mortality\\_risk\\_of\\_COVID\\_19\\_injections\\_evidence\\_from\\_New\\_South\\_Wales\\_and\\_England](https://www.academia.edu/83924771/Mortality_risk_of_COVID_19_injections_evidence_from_New_South_Wales_and_England)
7. Sy W. Data reporting flaw in plain sight distorting COVID-19 mortality statistics, *Academia*, 25 August 2022, Retrieved from:



[https://www.academia.edu/85597731/Data\\_reporting  
\\_flaw\\_in\\_plain\\_sight\\_distorting\\_COVID\\_  
19\\_mortality\\_statistics.](https://www.academia.edu/85597731/Data_reporting_flaw_in_plain_sight_distorting_COVID_19_mortality_statistics)

8. Australian tilastokeskus, *Väliaikaiset kuolleisuustilastot*, julkaistu 22.12.2022, Haettu osoitteesta: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/causes-death/provisional-mortality-statistics/jan-sep-2022>.
9. CovidbaseAU, Australia COVID-19 Vaccinations, Haettu osoitteesta: <https://covidbaseau.com/vaccinations/>.
10. Australian tilastokeskus, *Causes of Death, Australia*, Julkaistu 24/06/2020 ja 29/09/2021, Haettu osoitteesta: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/causes-death/causes-death-australia>.
11. Terveysministeriö. Sairaaloitten tukeminen - COVID-19-pandemian torjunta. *Australian hallituksen talousarvio 2020-2021*, Haettu osoitteesta: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/10/budget-2020-21-supporting-our-hospitals-covid-19-pandemic-response.pdf>.
12. Tapahtuma 201, Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö pandemiaan varautumisessa ja reagoinnissa, Suositukset, Haettu osoitteesta: <https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/exercises/event201/recommendations.html>.
13. Kulldorff M, Gupta S ja Bhattacharya J, The Great Barrington Declaration, Haettu osoitteesta: <https://gbdeclaration.org/#read>.
14. Herby J, Jonung L ja Hanke S, A Literature Review and Meta-Analysis of the Effects of Lockdowns on COVID-19 Mortality (Kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi lukkojen vaikutuksista COVID-19-kuolleisuuteen), *Johns Hopkins Institute for Applied Economics, Global Health and the Study of Business Enterprise*. Haettu osoitteesta: <https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf>.
15. OpenVAERS, VAERS COVID Rokotekuolleisuusraportit, <https://www.openvaers.com/covid-data/kuolleisuus>
16. Lyons-Weiler J. Pathogenic priming likely contributes to serious and critical illness and mortality in COVID-19 via autoimmunity, *J Transl Autoimmun*, 3 (2020), s. 100051, Retrieved from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2589909020300186?token=DFCD78FD4DC4E12CAAFB482AB98C6FA67E0CEC94AA372FE8B36DEE61E8B80A99558B4A611752EE8E6B189B4130EDABA1&originRegion=us-east-1&originCreation=20230128052337>
17. Wen J, Cheng Y, et al., Antibody-dependent enhancement of coronavirus, *Int J of Infect Dis* 100 (2020) 483-489. Haettu osoitteesta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7483033/pdf/main.pdf>
18. Ricke D, Two Different Antibody-Dependent Enhancement (ADE) Risks for SARS-CoV-2 Antibodies, *Frontiers Immun*, Vol. 12, 640093. Haettu osoitteesta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7943455/pdf/fimmu-12-640093.pdf>
19. Irrgang P, Gerling J, et al., Luokanvaihto kohti ei-tulehdussellisia, piikkispesifisiä IgG4-vasta-aineita toistuvan SARS-CoV-2 mRNA-rokotuksen jälkeen, *Sci. Immunol.* 8, eade2798 (2023) 27. tammikuuta 2023. Haettu osoitteesta: <https://www.science.org/doi/pdf/10.1126/sciimmunol.ade2798>
20. Ritchie H, Mathieu E, et al. Data on COVID-19 (coronavirus) by Our World in Data, *OurWorldInData.org*. Haettu osoitteesta: <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data>.
21. Polack FP, Thomas SJ et al. Safety and efficacy of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine,

*The New England Journal of Medicine*, 16. joulukuuta 2020, Vol. 383, nro 27. Haettu osoitteesta: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2034577?articleTools=true>

22. Calafiore S, Yleislääkäreitä uhkaa 20 000 dollarin sakko serologisten testien käytöstä koronaviruksen diagnosoimiseksi,  
*AUSTRALIAN LÄÄKÄRIUUTISET*, 15/04/2020. Haettu osoitteesta:

[https://www.rcpa.edu.au/Library/COVID-19-Updates/COVID-19-Useful-Resources/Docs/GPs-face-\\$20k-fines-for-using-serology-tests-to-di.aspx](https://www.rcpa.edu.au/Library/COVID-19-Updates/COVID-19-Useful-Resources/Docs/GPs-face-$20k-fines-for-using-serology-tests-to-di.aspx)

23. Wu F, Zhao S et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 isolate Wuhan-Hu-1, täydellinen genomi, *National Library of Medicine*, NCBI Reference Sequence: NC\_045512.2. Haettu osoitteesta: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/NC\\_045512](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/NC_045512)
24. Hansen T, Titze U, et al., Ensimmäinen tapaus post mortem -tutkimuksesta potilaalla, joka oli rokotettu SARS- CoV-2:ta vastaan, *Int. J. of Infectious Diseases* 107, 172-175 (2021). Haettu osoitteesta: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221003647>
25. Hirschtühl K, Schaller T, et al., Korkea viruskuorma: mikä aiheuttaa kuolemaan johtaneita COVID-19-tapauksia rokotetuilla? - Ruumiinavaustutkimus. *Mod Pathol* 35, 1013-1021 (2022). Haettu osoitteesta: <https://www.nature.com/articles/s41379-022-01069-9>
26. Palmer M ja Bhakdi S, mRNA-rokotteiden aiheuttamat verisuoni- ja elinvauriot: kiistaton todiste syy-yhteydestä, *Publications of Doctors for COVID Ethics*, 19. elokuuta 2022. Haettu osoitteesta: <https://doctors4covidethics.org/vascular-and-organ-damage-induced-by-mrna-vaccines-irrefutable-proof-of-causality/>.
27. Schwab, C., Domke, L.M., Hartmann, L. et al. Autopsiapohjainen histopatologinen luonnehdinta sydänlihastulehduksesta anti-SARS-CoV-2-rokotuksen jälkeen. *Clin Res Cardiol* (2022). Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-022-02129-5>
28. Klemm C, Das E ja Hartmann T. Swine flu and hype: systemaattinen katsaus H1N1-influenssapandemian dramatisointiin tiedotusvälineissä, *Journal of Risk Research*, 19:1, 1-20. Haettu osoitteesta: [https://www.researchgate.net/publication/272591281\\_Swine\\_flu\\_and\\_hype\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_media\\_dramatization\\_of\\_of\\_the\\_H1N1\\_influenssa\\_pandemic](https://www.researchgate.net/publication/272591281_Swine_flu_and_hype_A_systematic_review_of_media_dramatization_of_of_the_H1N1_influenssa_pandemic)