DeepL

Subskrybuj DeepL Pro, aby tłumaczyć większe pliki.
Odwiedź stronę www.DeepL.com/pro aby uzyskać więcej informacji.

ResearchGate

Zobacz dyskusje, statystyki i profile autorów tej publikacji na stronie: https://www.researchgate.net/publication/377266988

Nadmierna liczba zgonów w Wielkiej Brytanii: Midazolam i eutanazja podczas pandemii COVID-19

Preprint - styczeń 2024 r.

DOI: 10.13140/RG.2.2.13654.42560

CITACJE
0

CZYTAJ
26,839

1 autor:

Wilson Sy
Analiza inwestycji
67 PUBLIKACJI **544** CYTOWANIA

ZOBACZ PROFIL

Cała zawartość tej strony została przesłana przez Wilson Sy 06 lutego 2024.

Użytkownik zażądał ulepszenia pobranego pliku.

ISSN: 2577 - 8005

Artykuł badawczy

Badania medyczne i kliniczne

Nadmierna liczba zgonów w Wielkiej Brytanii: Midazolam i eutanazja podczas pandemii COVID-19

Wilson Sy*

Dyrektor ds. badań analityki inwestycyjnej, Australia.

***Autor korespondencyjny**

Dr Wilson Sy, dyrektor, Investment Analytics Research, Australia.

Złożono: 20 stycznia 2024 r.; **Zaakceptowano**: 25 stycznia 2024 r.; **Opublikowano**: 15 lutego 2024 r.

Cytat: *Wilson Sy (2024) Nadmiar zgonów w Wielkiej Brytanii: Midazolam i eutanazja w pandemii COVID-19. Medycyna & Clinical Research, 9(2), 01-21.*

Streszczenie

Wykazano, że dane makro podczas pandemii COVID-19 w Wielkiej Brytanii (UK) zawierają znaczące anomalie i niespójności z istniejącymi wyjaśnieniami. W artykule wykazano, że gwałtowny wzrost liczby zgonów w Wielkiej Brytanii, błędnie przypisany COVID-19 w kwietniu 2020 r., nie był spowodowany wirusem SARS-CoV-2, który był w dużej mierze nieobecny, ale był spowodowany powszechnym stosowaniem zastrzyków midazolamu, które były statystycznie bardzo silnie skorelowane (współczynnik ponad 90 procent) z nadmierną liczbą zgonów we wszystkich regionach Anglii w 2020 roku. Co ważne, nadmierna liczba zgonów pozostała podwyższona po masowych szczepieniach w 2021 r., ale była statystycznie nieskorelowana ze szczepieniami COVID, pozostając jednocześnie istotnie skorelowana z zastrzykami Midazolamu. Powszechne i trwałe stosowanie midazolamu w Wielkiej Brytanii sugeruje możliwą politykę eutanazji systemowej. W przeciwieństwie do Australii, gdzie ocena statystycznego wpływu szczepień przeciwko COVID na nadmierną liczbę zgonów jest stosunkowo prosta, nadmierna liczba zgonów w Wielkiej Brytanii była ściśle związana ze stosowaniem midazolamu i innych interwencji medycznych. Jatrogenna pandemia w Wielkiej Brytanii była spowodowana zgonami w wyniku eutanazji z powodu midazolamu, a także prawdopodobnie spowodowanymi szczepieniami przeciwko COVID-19, ale ich względny wpływ jest trudny do zmierzenia na podstawie danych, ze względu na bliskość przyczynową eutanazji. Globalne badania epidemiologii COVID-19, oparte wyłącznie na względnym wpływie choroby COVID i szczepień, mogą być niedokładne z powodu zaniedbania istotnych czynników zakłócających w niektórych krajach.

Wprowadzenie

W niedawnym artykule [1] wykazano, że zastrzyki COVID są przyczynowo predykcyjne dla australijskiej nadwyżki zgonów, co sugeruje, że australijska pandemia jest jatrogenna [2]. Wierząc, że jatrogeneza spowodowana zastrzykami COVID-19 może mieć znaczenie uniwersalne, dokładnie przeanalizowaliśmy przypadek Wielkiej Brytanii, ponieważ tamtejszy Urząd Statystyk Krajowych (ONS) jest uważany za posiadający jedne z najdokładniejszych i najbardziej szczegółowych statystyk dotyczących pandemii COVID-19 w Wielkiej Brytanii. Oczywiście porównanie statystyk "zaszczepionych" i "niezaszczepionych" jest najprostszą metodą oceny ryzyka i korzyści wynikających ze szczepień, ale tylko wtedy, gdy dane są dokładne, wolne od błędów we wprowadzaniu danych. Wiele błędów w danych pochodzi z wadliwego testu PCR, który nie wykrywa obecności wirusa SARS-CoV-2 [3, 4]. Obszerna analiza [5] szczegółowych statystyk ONS opartych na statusie szczepień i ich związkach z przypadkami COVID i śmiertelnością wykazała niespójności, które wydają się wynikać z wadliwych definicji statusu szczepień i błędnego wprowadzania danych.

Ten aspekt korupcji danych ONS wydaje się być uniwersalny, ponieważ występuje również w przypadku danych australijskich [6], które pochodzą z wadliwej konwencji wprowadzania i raportowania danych [7] z Centers for

Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), które mogły odnotować status opóźniony o co najmniej 14 dni. Zasadniczo śmierć niedawno zaszczepionej osoby może nie zostać zarejestrowana w bazie danych zgonów "zaszczepionych" [8]. To proste pominięcie sprawia, że porównanie zgonów według statusu szczepienia jest błędem w danych, zawyżającym liczbę zgonów "niezaszczepionych", które są obliczane poprzez odjęcie zgonów "zaszczepionych" od wszystkich zgonów w populacji [9].

Pomimo postępu w nowoczesnych technologiach informatycznych, dokładność gromadzenia danych nie poprawiła się w Wielkiej Brytanii od ponad 150 lat, ponieważ te same problemy z błędnym wprowadzaniem danych, które występowały wtedy, są nadal obecne w pandemii COVID, nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale na całym świecie. Niezależnie odkryliśmy
[6] ten sam problem z danymi z Wielkiej Brytanii i rozwiązanie do oceny szczepień przeciwko COVID-19, jakie miał Alfred Russel Wallace [10] 150 lat temu, badając konsekwencje ustaw o szczepieniach rozpoczynających się w 1840 r. w odniesieniu do ospy prawdziwej:
"Pozbywszy się w ten sposób masy ***wątpliwych lub błędnych statystyk zależnych od porównań zaszczepionych i niezaszczepionych na ograniczonych obszarach lub w wybranych grupach pacjentów, przechodzimy*** do jedynego naprawdę ważnego dowodu, tych 'mas krajowych doświadczeń'...".

Podkreślenie dodane. Wprowadzanie nieprawidłowych danych dotyczących statusu szczepień, ponad 150 lat temu, tak jak obecnie [10], nie może być rozwiązane przez technologię, ale przez lepsze zarządzanie danymi. Podobnie jak Alfred Wallace, wybitny rówieśnik i przyjaciel Karola Darwina, zastosowana przez nas metoda ("metoda Wallace'a") w celu przezwyciężenia braku dokładnych szczegółowych danych dotyczących szczepień polega na wykorzystaniu dokładnych danych makro, takich jak śmiertelność z jakiejkolwiek przyczyny ("masa doświadczeń krajowych") i dawki szczepień przeciwko COVID-19, w celu przeprowadzenia szczegółowej analizy statystycznej w celu wyciągnięcia szerokich i solidnych wniosków epidemiologicznych.

Niniejszy dokument jest zgodny z metodą Wallace'a, analizując "masę krajowych doświadczeń" związanych z pandemią, które są danymi dotyczącymi wszystkich przyczyn i nadmiernej śmiertelności w czasie i we wszystkich regionach Anglii.

Wiele opublikowanych wyników statystycznych, opartych na błędnych danych, jest wewnętrznie niespójnych i zaprzeczają im dane makro metody Wallace'a, jak pokazano tutaj dla Wielkiej Brytanii. Te faktyczne sprzeczności pojawiają się jako anomalie danych, które są faktami dotyczącymi śmiertelności, których nie można wyjaśnić błędnym przekierowaniem danych. Dwie główne anomalie danych w kwietniu 2020 r. i styczniu 2021 r. omówiono szczegółowo poniżej w kolejnych sekcjach.

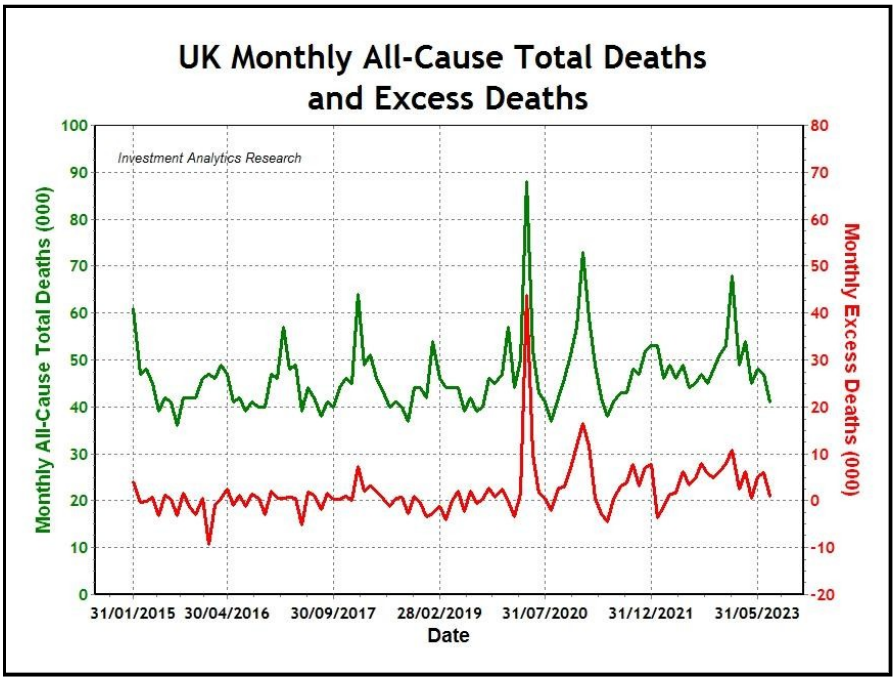
Inną ważną anomalią danych jest brak od 2021 r. żadnego statystycznie istotnego związku między szczepieniami a śmiertelnością, nawet jeśli dane dotyczące śmiertelności są różnie opóźnione w stosunku do danych dotyczących szczepień. Dlatego najwyraźniej nie ma statystycznej korelacji, pozytywnej lub negatywnej, między szczepieniami a śmiertelnością.

Ten sprzeczny z intuicją brak związku między szczepieniami a nadmierną liczbą zgonów i innymi anomaliami został rozwiązany w niniejszym artykule poprzez wykazanie istnienia silnego czynnika zakłócającego, jakim jest silna dodatnia korelacja między stosowaniem midazolamu a danymi dotyczącymi nadmiernej śmiertelności w Anglii, we wszystkich regionach podczas pandemii COVID-19, szczególnie przed masowymi szczepieniami.

Pozostała część artykułu poświęcona jest szczegółowemu omówieniu implikacji ustaleń dotyczących tego, w jaki sposób brytyjska polityka zdrowotna doprowadziła do obserwowanych skutków eutanazji i jatrogennego gerontobójstwa. Ustalenia brytyjskie budzą poważne wątpliwości co do wielu ustaleń epidemiologicznych na całym świecie dotyczących dowodów pozytywnego lub negatywnego wpływu szczepień na śmiertelność podczas pandemii COVID-19.

Dane makro z Wielkiej Brytanii

Dane makro obejmują oficjalną brytyjską śmiertelność ze wszystkich przyczyn opublikowaną przez ONS [11]. Dane zebrane od 2015 r. do lipca 2023 r. przedstawiono na wykresie 1.



Wykres 1: Miesięczna łączna liczba zgonów i nadmierna liczba zgonów ze wszystkich przyczyn w Wielkiej Brytanii.

Zielona krzywa z lewą osią przedstawia miesięczne surowe liczby zgonów ze wszystkich przyczyn w Wielkiej Brytanii od 2015 r. do lipca 2023 r., Najnowsze miesięczne dane ONS. Większość analityków danych (np. Australijskie Biuro Statystyczne) po prostu nałożyłaby zieloną krzywą na linię bazową (zgodnie z oczekiwaniami), z wahaniami sezonowymi i pasmem

jednego odchylenia standardowego wokół linii bazowej, aby pokazać znaczenie śmiertelności z wszystkich przyczyn poza oczekiwanym pasmem (zob. przykład poniżej). Jednak wahania sezonowe sprawiają, że względne znaczenie nadmiernej liczby zgonów jest wizualnie trudniejsze do zauważenia, co zaciemnia istotność statystyczną.

Dla większej przejrzystości, sezonowe wahania zostały usunięte poprzez bezpośrednie wyświetlenie nadwyżki zgonów, gdzie nadwyżka zgonów jest obliczana jako odchylenia od wartości bazowej, która jest zdefiniowana przez przed pandemią.

wykorzystując średnie miesięczne z lat 2015-2019. Średnia wyjściowa śmiertelność w Wielkiej Brytanii wynosi około 44 000 miesięcznie i 532 000 rocznie. Celem linii bazowej jest służenie jako punkt odniesienia do oceny, czy nadwyżka zgonów w wyniku pandemii od 2020 r. jest statystycznie istotna.

Czerwona krzywa z prawą osią pokazuje liczbę zgonów z nadwyżką śmiertelności. Średnia wyjściowa nadwyżka zgonów wynosi zero (z definicji), a odchylenie standardowe (sigma) wynosi 2 470 miesięcznie. Obecnie wyraźnie widać, że nadwyżka zgonów w Wielkiej Brytanii jest statystycznie istotna w większości okresów pandemii COVID-19 od ogromnego skoku w 2020 roku.

Należy zauważyć, że ONS uwzględnia lata 2017-2019 i 2021, ale nie uwzględnia roku 2020 w swoich obliczeniach poziomu bazowego na 2022 r., a zatem nadwyżka zgonów ONS na 2022 r. różni się od naszej, co zostanie omówione poniżej. Od czasu pandemii, która rozpoczęła się w 2020 r., utrzymywał się wzrost nadmiernej śmiertelności, charakteryzujący się czasami gwałtownymi skokami. Czerwona krzywa dla miesięcznej nadwyżki zgonów jako procent wartości wyjściowej pokazuje jednak trend spadkowy od 2020 r. przed szczepieniami do 2021 r., sugerując (myląco, jak omówiono poniżej) korzystny wpływ szczepień.

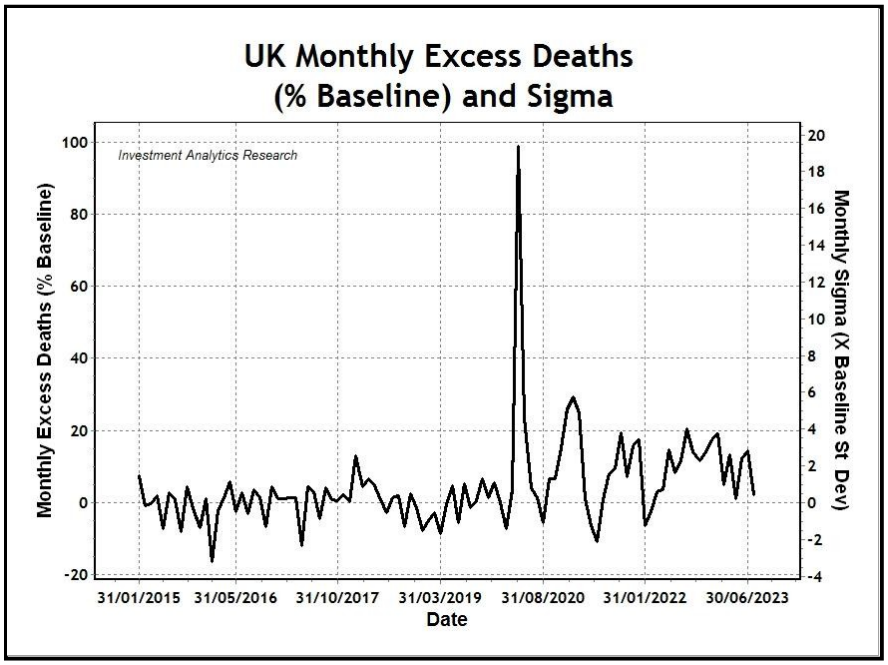
Wiele badań opublikowanych w 2022 roku wykazało negatywne korelacje między nadmierną liczbą zgonów a masowymi szczepieniami [12] i zasugerowało, że efekty łagodzące przez zastrzyki COVID. Jednak te przypadkowe obserwacje związku przyczynowego pokazano poniżej jako kolejny przykład paradoksu Simpsona, w którym przeoczono czynniki zakłócające, a korelacje były nieważne [12].

W szczególności, jak wskazano [13], powszechny błąd tych badań wynika z tendencyjności selekcji danych, gdzie wczesne badania, z synchroniczną korelacją, występującą tylko w wybranym podzbiorze danych, sugerowały, że szczepienia miały natychmiastowy korzystny wpływ na zmniejszenie liczby zgonów, co z medycznego punktu widzenia jest wysoce nieprawdopodobne [2], biorąc pod uwagę wakcynologię, w której wstrzyknięcia mRNA wymagają znacznego czasu, aby wpłynąć na układ odpornościowy.

Błędy wcześniejszych badań [12] można zrozumieć, jeśli wyniki te zostaną umieszczone w szerszym kontekście innych zmiennych epidemiologicznych i z perspektywy czasu, z pełniejszymi zestawami dostępnych danych. Zilustrowano tutaj wiele anomalii i niespójności danych z Wielkiej Brytanii, które doprowadziły do błędnych wniosków i szkodliwych polityk.

Anomalia z kwietnia 2020 r.

Aby jeszcze wyraźniej określić statystyczne znaczenie nadwyżki zgonów, są one mierzone jako procent linii bazowej, a także jako jednostki odchylenia standardowego (sigma) miesięcznych wahań linii bazowej, jak pokazano na rysunku 2.



Wykres 2: Miesięczny nadmiar zgonów w Wielkiej Brytanii (% wartości wyjściowej) i Sigma.

Lewa oś pokazuje nadwyżkę zgonów jako procent linii bazowej. Należy zauważyć, że ogromny skok w kwietniu 2020 r. osiągnął 100 procent wartości bazowej. Ponieważ miesięczne odchylenie standardowe nadwyżki zgonów jako procent linii bazowej w latach 2015-2019 wynosi 5,1 procent ("jeden sigma"), ogromny skok był wydarzeniem 20-sigma, pokazanym na prawej osi. Wydarzeniu temu poświęcono stosunkowo niewiele uwagi lub analizy, ponieważ ONS po prostu stwierdził jako fakt, we wczesnej

wersji swojego najnowszego raportu.

[14]:

"Miesiącami z największą liczbą zgonów ogółem były kwiecień 2020 r. (43 796 zgonów, wzrost o 98,8%) i styczeń 2021 r. (16 546 zgonów, wzrost o 29,2%)".

Podwojenie normalnej śmiertelności w kwietniu 2020 r. ("wzrost o 98,8%")

nie otrzymał specjalnego komentarza od ONS i został usunięty w ostatnich publikacjach. Nagłego wzrostu liczby zgonów o 44 000 nie można wytłumaczyć wzrostem populacji ani zmianami w oczekiwanej długości życia. Oficjalna narracja była taka, że wirus SARS-CoV-2 był bardzo śmiertelny, aby spowodować ogromny wzrost liczby zgonów z powodu COVID. Ta interpretacja, która jest dyskusyjna (patrz poniżej), uzasadniała politycznie ogłoszenie stanu wyjątkowego i wszystkie środki zdrowia publicznego, w tym maskowanie, blokady itp.

Jednak brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia oświadczyła [15] "*Od 19 marca 2020 r. COVID-19 nie jest już uważany za HCID w Wielkiej Brytanii. Istnieje wiele chorób, które mogą powodować poważne choroby, które nie są klasyfikowane jako H C I D "*. Oznacza to, że COVID-19 był oficjalnie nie uznano za chorobę zakaźną o poważnych konsekwencjach (HCID) - brak pandemii. Deklaracja ta stała w jawnej sprzeczności z 44 000 nadmiernych zgonów, w większości przypisywanych COVID-19, co stanowiło podwojenie śmiertelności ze wszystkich przyczyn w kwietniu 2020 roku. Jak potwierdzają poniższe dane empiryczne, brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia miała rację: nie było pandemii spowodowanej przez HCID. Gdyby ta interpretacja ogromnego skoku spowodowanego wirusem COVID była naprawdę poprawna (wykazano, że nie jest poprawna poniżej), to najwyraźniej z wykresu 2 wynika, że zastrzyki COVID mogły uratować życie, ponieważ przy masowych szczepieniach od 2021 r. wskaźniki nadmiernej liczby zgonów systematycznie spadały, co potwierdza tabela 1 - szczepienia były najwyraźniej powiązane, ale mylące, z mniejszą liczbą nadmiernych zgonów w czasie.

	2020	2021	2022	2022 (ONS)	2020-2022 Av	2023 (do lipca)
Wartość wyjściowa (000)	532	532	532	611	532	320
Rzeczywisty (000)	608	586	577	577	590	352
Nadwyżka (000)	76	54	45	34	58	32
% Nadwyżka	14.3	10.2	8.5	5.6	11.0	10.0
Sigma (Mo Av)	2.8	1.9	1.8	1.1	2.2	2

Tabela 1: Roczna śmiertelność z wszystkich przyczyn i nadumieralność w Wielkiej Brytanii.

Wszystkie liczby w tym dokumencie są wyrażone co najwyżej do trzech cyfr znaczących dla ułatwienia czytania. W ujęciu rocznym tabela 1 pokazuje, że zarówno śmiertelność z jakiejkolwiek przyczyny, jak i nadumieralność konsekwentnie spadały (kolumny od 2 do 4) od 2020 do 2022 roku. Z tej perspektywy szczepienia przeciwko COVID-19 w latach 2021 i 2022, z odpowiednio 54 000 i 45 000 nadmiernych zgonów, zostałyby błędnie zinterpretowane jako skuteczne w zmniejszeniu nadmiernej liczby zgonów o 76 000 w 2020 roku.

Pozorna skuteczność była jeszcze bardziej wyraźna w 2022 r., jeśli poziom bazowy został obliczony przy użyciu metody stosowanej przez ONS (patrz kolumna 5), gdzie jedno odchylenie sigma w 2022 r. nie było statystycznie istotne dla nadwyżki zgonów w Wielkiej Brytanii. Ten dowód "skuteczności szczepionki" był iluzoryczny, jak pokazano poniżej, z powodu nieprawidłowego przypisania gwałtownego wzrostu liczby zgonów w 2020 roku.

Podobnie jak Australijskie Biuro Statystyczne (ABS), Urząd Statystyk Krajowych (ONS) również wykluczył rok 2020 z obliczeń linii bazowej 2022, ale z diametralnie przeciwnych powodów. W przypadku Australii [16] rok 2020 był rokiem niskiej śmiertelności, którego wykluczenie prowadzi do wyższego poziomu wyjściowego i niższej obliczonej nadumieralności. Z drugiej strony dla Wielkiej Brytanii rok 2020 był rokiem wysokiej śmiertelności, którego wykluczenie prowadzi do niższego poziomu bazowego i wyższego obliczonego nadwyżki śmiertelności.

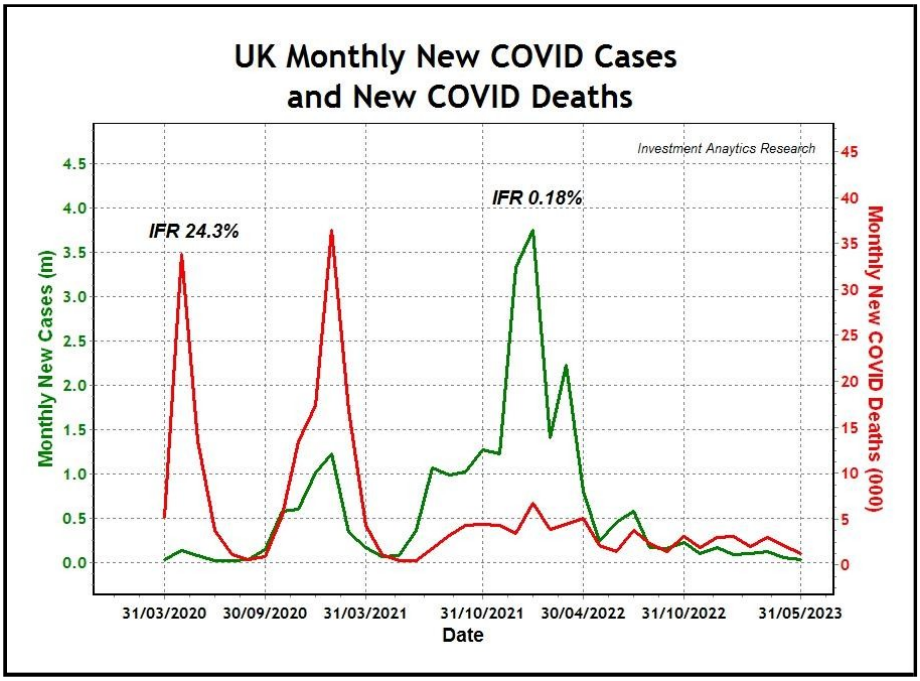
śmiertelność.

Gdyby rok 2020 został uwzględniony w obliczeniach na 2022 r., brytyjski poziom bazowy zostałby zwiększony o około 19 000, a nadwyżka zgonów w 2022 r. spadłaby odpowiednio jeszcze bardziej, co zadziwiająco daje około trzech procent nadwyżki zgonów powyżej poziomu bazowego. Stanowi to "normalizację" pandemii, tak że nadwyżka zgonów nie stanowi już żadnego sygnału statystycznego. Ta "zbyt dobra, aby była prawdziwa" statystyka byłaby niewiarygodna i może przyciągnąć niepożądaną krytykę jej metodologii.

Dzięki temu, że Wielka Brytania oficjalnie przypisała wzrost liczby zgonów w kwietniu 2020 r. głównie zgonom z powodu COVID, rola innych przyczyn nadmiernej liczby zgonów została znacznie zmniejszona [14]:

"Po odjęciu od analizy zgonów spowodowanych COVID-19, kwiecień 2020 r. pozostał miesiącem z największą liczbą nadmiernych zgonów (14 361 nadmiernych zgonów, wzrost o 32,4% w stosunku do średniej pięcioletniej dla zgonów ze wszystkich przyczyn)".

Jednak to wątpliwe przypisanie 67,6% zgonów do COVID w marcu/kwietniu 2020 r. jest niezgodne z liczbą przypadków COVID w tym okresie, jak pokazano na wykresie 3.



Rysunek 3: Miesięczne nowe przypadki Covid w Wielkiej Brytanii i nowe zgony z powodu Covid.

Wykres 3 pokazuje niespójną korelację między przypadkami COVID (zielona linia) a zgonami z powodu COVID (czerwona linia), z wyjątkiem początku 2021 r., kiedy po raz pierwszy wprowadzono masowe "szczepienia". Najbardziej rażącą anomalią jest początek 2020 r., kiedy stosunkowo niewiele przypadków doprowadziło do nieproporcjonalnej liczby domniemanych zgonów z powodu COVID, tak że wskaźnik śmiertelności z powodu infekcji (lub dokładniej wskaźnik śmiertelności z powodu przypadków) był bardzo wysoki i wynosił 24,3%, jeśli dane są traktowane jako wartości nominalne.

W dniu 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła globalną pandemię na podstawie 4 291 zgonów na całym świecie. W kwietniu 2020 r. dane z Wielkiej Brytanii wykazały 35 000 nowych zgonów z powodu COVID, co stanowi niezwykły wzrost w bardzo krótkim czasie, zwłaszcza gdy w kwietniu 2020 r. odnotowano tylko 139 000 nowych przypadków COVID, a ponadto łączna liczba przypadków w Wielkiej Brytanii nie przekroczyła 500 000 (mniej niż jeden procent populacji) aż do września tego roku.

Chociaż pojawiły się sugestie, że w Wielkiej Brytanii mógł wystąpić niedobór testów PCR dostępnych na początku pandemii, co może wyjaśniać stosunkowo niewielką liczbę przypadków COVID, ale to wyjaśnienie nie jest prawdziwe. nie rozwiązuje niespójności. Jeśli brakowało testów, rejestracja dużej liczby zgonów z powodu COVID nie mogła zostać zweryfikowana za pomocą testów PCR, a zatem zostały one arbitralnie przypisane.

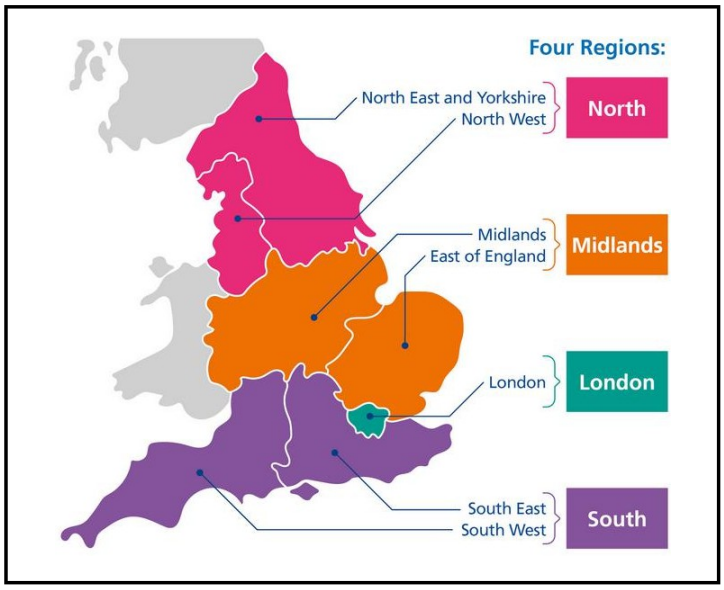
Biorąc pod uwagę dane z rysunku 3, wskaźnik śmiertelności przypadków (CFR) SARS-CoV-2 w Wielkiej Brytanii wyniósłby ekstremalnie 24,3%, w porównaniu do późniejszego CFR z wariantu Omicron wynoszącego 0,18%. Wysoki wskaźnik śmiertelności był niezgodny z opublikowanymi wynikami badań [17], zgodnie z którymi na początku pandemii "*nowy koronawirus SARS-CoV-2 jest mniej śmiertelny, ale znacznie bardziej zaraźliwy niż MERS-CoV lub SARS-CoV*".

Ogromny wzrost liczby zgonów w Wielkiej Brytanii w kwietniu 2020 r. mógł wymagać mniejszej liczby przypadków infekcji, aby spowodować zgony, gdyby transmisja była zlokalizowana w ograniczonej liczbie regionów; w przeciwnym razie potrzebne było niewiarygodnie szybkie rozprzestrzenianie się na dużym obszarze geograficznym. Dane dotyczące nadwyżki zgonów pokazują, że skoki nadwyżki zgonów wystąpiły jednocześnie na dużym obszarze we wszystkich głównych regionach Wielkiej Brytanii, jak pokazuje tabela 2.

Region	Linia bazowa z kwietnia	Zgony z jakiejkolwiek przyczyny	Nadmierna liczba zgonów	Nadwyżka (% wartości wyjściowej)
Londyn	4,140	12,200	8,030	194
Wschód	4,840	9,510	4,670	97
Północny zachód	5,960	12,400	6,390	107
Południowy zachód	4,720	7,600	2,880	61
Południowy Wschód	6,840	12,800	5,980	87
Północny Wschód (i Yorkshire)	6,610	12,300	5,730	87
Midlands	8,310	16,700	8,390	101
Anglia	41,400	83,500	42,100	102
Wielka Brytania (i Walia)	44,300	88,100	43,800	99

Tabela 2: Nadumieralność w regionach Wielkiej Brytanii, kwiecień 2020 r.

Należy zauważyć, że statystyki dotyczące Wielkiej Brytanii są reprezentowane głównie przez te dotyczące Anglii (i Walii), które czasami są luźno określane w poniższych dyskusjach jako Wielka Brytania. Siedem regionów w tabeli 2 to regiony geograficzne.



Rysunek 4: Regiony Wielkiej Brytanii według danych ONS.

Nic dziwnego, że niewielki obszar Londynu miał jeden z najwyższych nadwyżek zgonów, mniej oczekiwany jest prawie trzykrotny (3X) wzrost śmiertelności z jakiejkolwiek przyczyny w porównaniu z poziomem wyjściowym z 194-procentowym nadmiarem zgonów. Wszystkie inne regiony również miały bardzo wysoką nadwyżkę zgonów, przy czym region południowo-zachodni miał najniższy 61-procentowy nadmiar zgonów, co nadal jest wysoce istotne statystycznie.

Gdyby COVID-19 był powszechnie akceptowanym wyjaśnieniem danych z kwietnia 2020 r., to szerokie geograficzne rozprzestrzenianie się wysokiej nadwyżki zgonów we wszystkich regionach w bardzo krótkim czasie wymagałoby, zidentyfikowane na rysunku 4, gdzie zostały one połączone w cztery główne kategorie
regiony.

aby wirus SARS-CoV-2 był przenoszony bardzo szybko i jednocześnie był bardzo śmiertelny, co jest biologicznie mało prawdopodobne. Anomalia danych zaprzecza hipotezie COVID-19 i bezpodstawnemu powszechnemu przekonaniu, że większość osób starszych, które zmarły wcześnie, była dowodem na to, że osoby starsze były szczególnie podatne na COVID-19, co było mało prawdopodobne, ponieważ nie były powszechne.

Podsumowując, anomalia danych w Wielkiej Brytanii z kwietnia 2020 r., w której

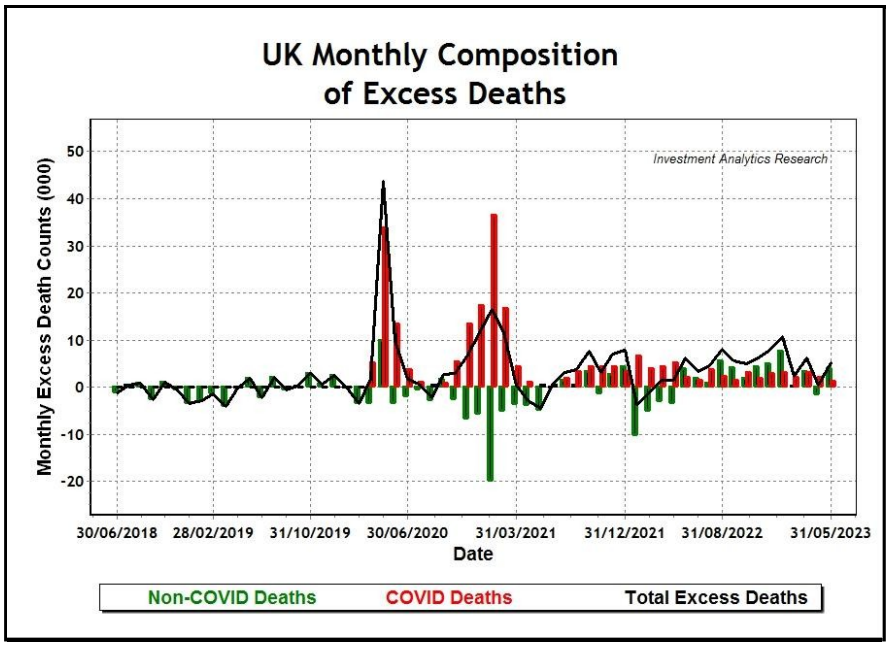
Dane dotyczące przypadków COVID i zgonów są niespójne, co najprawdopodobniej wskazuje, że ogromny wzrost liczby zgonów mógł nie być spowodowany wirusem SARS-CoV-2. To możliwe błędne przypisanie COVID-19 zostało potwierdzone przez wspomnianą wcześniej brytyjską Agencję Bezpieczeństwa Zdrowia [15], która oświadczyła, że od 19 marca 2020 r. COVID-19 nie był "chorobą zakaźną o poważnych konsekwencjach". W związku z tym ta anomalia danych pozostawia do wyjaśnienia ogromny wzrost liczby zgonów niezwiązanych z COVID-19, zanim dostępne były masowe szczepienia lub jakiekolwiek inne czynniki, jak omówiono poniżej.

Anomalia ze stycznia 2021 r.

Podobna anomalia wystąpiła w styczniu 2021 r., sugerując również błędną klasyfikację zgonów innych niż COVID do zgonów COVID. Oznacza to, że osoby niezaszczepione, które zmarły z przyczyn innych niż COVID, mogły zostać błędnie zaklasyfikowane jako zgony z powodu COVID. Ten rodzaj błędu w danych wystąpił w historii danych z Wielkiej Brytanii, jak napisał Alfred Wallace
[10] (s. 28, s. 30) na temat ospy:

*"...mając na uwadze, że drugi wynik, **znacznie zwiększonej śmiertelności u osób niezaszczepionych, tak dokładnie zrównoważony przez rzekomo znacznie zmniejszoną śmiertelność u osób zaszczepionych**, nie **jest wytłumaczalny**, ... dwie klasy faktów razem wzięte sprawiają, że jest prawie pewne, że szczepienia nigdy nie uratowały ani jednego ludzkiego życia".*

Podkreślenie dodane. Oznacza to, że podczas epidemii ospy prawdziwej w drugiej połowie XIX wieku uzasadnienie obowiązkowych szczepień przeciwko ospie prawdziwej w Wielkiej Brytanii wynikało z tego samego rodzaju błędu danych polegającego na myleniu zaszczepionych z niezaszczepionymi, jak w 2020 roku. Prawdopodobne pomylenie zgonów z powodu COVID i zgonów innych niż COVID [11,14] w styczniu 2021 r. jest widoczne na wykresie 5.



Wykres 5: Miesięczna struktura nadmiernej liczby zgonów w Wielkiej Brytanii.

Z danymi COVID z 2020 r., parafrazując obserwacje Alfreda Wallace'a dotyczące danych dotyczących ospy w Wielkiej Brytanii 150 lat temu [10], obserwujemy dla pandemii w Wielkiej Brytanii w styczniu 2021 r.: *...znacznie zwiększona śmiertelność w **zgonach** z powodu **COVID,** tak dokładnie zrównoważona przez rzekomo znacznie zmniejszoną śmiertelność w **zgonach innych niż COVID, nie** jest wytłumaczalna....*

Pogrubione słowa zostały zastąpione w powyższym cytacie Alfreda Wallace'a [10]. Dlaczego nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów z powodu COVID i kompensujący spadek liczby zgonów innych niż COVID? Gwałtowny wzrost liczby zgonów z powodu COVID-19 w styczniu 2021 r. był nieco wyższy niż w kwietniu 2020 r., ale był niezgodny z całkowitą nadwyżką zgonów, która była znacznie niższa w styczniu 2021 r. w porównaniu z pierwszym rokiem.

w kwietniu 2020 roku. Oznaczało to, że aby liczby się zgadzały, zgony niezwiązane z COVID musiały spaść znacznie poniżej oczekiwań, co jest niewytłumaczalne.

W styczniu 2021 r. liczba nowych przypadków COVID była nadal zbyt niska, aby wyjaśnić gwałtowny wzrost liczby zgonów z powodu COVID i nie było wyraźnego powodu gwałtownego wzrostu liczby zgonów innych niż COVID. Danych najwyraźniej nie można było wyjaśnić, co sugeruje błędy w rejestrowaniu zgonów z powodu COVID, które są wyraźnym dowodem potwierdzającym ogólną niewiarygodność danych dotyczących COVID [5, 6].

Aby przeanalizować pomylenie danych między zgonami z powodu COVID i zgonami bez COVID, podsumowujemy dane na wykresie 4 z tabelą 3.

	COVID-19	Nie-COVID	Całkowita nadwyżka
marzec-grudzień 2020 r.	95,000	(15,700)	79,300
2021	81,000	(26,800)	54,200
2022	39,300	5,770	45,100
styczeń-maj 2023 r.	11,500	13,600	25,100
Marzec 2020 - maj 2023	227,000	(23,100)	204,000

Tabela 3: Dekompozycja nadwyżki zgonów w Wielkiej Brytanii.

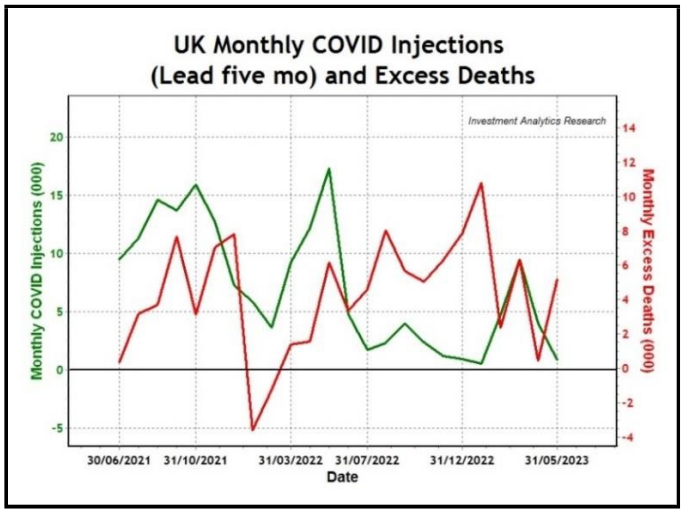
Najwyraźniej (kolumny 2 i 4) zarówno liczba zgonów z powodu COVID-19, jak i łączna liczba nadmiernych zgonów spadały co roku od 2020 do 2022 r., ale liczba zgonów niezwiązanych z COVID-19 ogólnie rosła, z wyjątkiem 2021 r. z powodu dziwnej anomalii w styczniu 2021 r., kiedy nastąpił spadek o 26 800 nadmiernych zgonów niezwiązanych z COVID-19 (patrz żółta komórka w trzeciej kolumnie).

był niewytłumaczalny. Gwałtowny wzrost liczby zgonów z powodu COVID-19, tak wysoki jak w kwietniu 2020 r., przekonałby opinię publiczną do zaakceptowania szczepień, tak jak to miało miejsce w styczniu 2021 r.

Do tej pory powinno być powszechnie wiadomo, że dane dotyczące przypadków COVID i zgonów są niewiarygodne, ponieważ opierają się na wadliwych testach PCR, które nie wykrywają wiarygodnie obecności wirusa SARS-CoV-2 i często dają wyniki fałszywie dodatnie. Ta fundamentalna wada ułatwiła niespójne przypisywanie przypadków COVID i zgonów. Podsumowując, w 2020 r. i na początku 2021 r. skoki liczby zgonów z powodu COVID w Wielkiej Brytanii były prawdopodobnie błędną klasyfikacją zgonów innych niż COVID, co nasuwa pytanie: co spowodowało gwałtowny wzrost liczby zgonów innych niż COVID na początku pandemii? Jeśli początek pandemii w Wielkiej Brytanii nie był w dużej mierze związany z wirusem SARS-CoV-2, to z czym był związany?

Szczepienia i nadmierna liczba zgonów

Zanim zajmiemy się zagadką nadmiernej liczby zgonów w 2020 r., należy rozważyć Australijskie wyjaśnienie przyczynowości szczepień [1,2]. Przewidywano, że masowe szczepienia osiągające odporność stadną populacji zakończą pandemię w Wielkiej Brytanii, ale tak się nie stało. Zamiast tego liczba zgonów z powodu COVID i zgonów innych niż COVID pozostała podwyższona. W Australii wykazano, że nadmierna liczba zgonów od 2021 r. była prawdopodobnie spowodowana zastrzykami COVID, gdzie zgony następowały konsekwentnie i przewidywalnie po zastrzykach pięć miesięcy później [1,2]. Zazwyczaj zastrzyki wymagają pewnego czasu w wieloetapowym procesie, aby spowodować wytworzenie przeciwciał w odpowiedzi na antygenową komórkową produkcję toksycznych białek kolczastych, które są potencjalnie patogenne i mogą powodować śmierć. Odpowiedni związek zastrzyków COVID i pięciomiesięcznych opóźnionych nadmiernych zgonów dla danych z Wielkiej Brytanii pokazano na rysunku 6.



Rysunek 6: Miesięczne zastrzyki COVID w Wielkiej Brytanii (w ciągu pięciu miesięcy) i nadmierna liczba zgonów.

W wybranych okresach (np. w pierwszej połowie 2022 r.) występowały wyraźne dodatnie korelacje, ale cały zbiór danych, bez błędu selekcji, wykazuje ujemną korelację na poziomie -12%, ale związek ten nie jest istotny statystycznie z *wartością p* wynoszącą 0,587. W związku z tym związek przyczynowy zaobserwowany w Australii, polegający na tym, że zastrzyki COVID są źródłem szkód, nie może być podobnie ustalony dla Wielkiej Brytanii. Z drugiej strony dane te nie wskazują również, aby szczepienia miały jakikolwiek korzystny wpływ na nadmierną liczbę zgonów w Wielkiej Brytanii.

Dalsze badanie statystyczne spektrum korelacji, z różnymi wyprzedzeniami i opóźnieniami dwóch szeregów czasowych, nie przyniosło żadnych znaczących relacji, co sugeruje brak wykrywalnej przyczynowości. Dlatego statystycznie niejasny wpływ zastrzyków COVID na nadwyżkę zgonów w Wielkiej Brytanii pozostaje zagadką, a cała pandemia w Wielkiej Brytanii pozostaje statystyczną tajemnicą.

Midazolam i nadmierna liczba zgonów

Podwojenie śmiertelności z jakiejkolwiek przyczyny w kwietniu 2020 r. było mało prawdopodobne do wytłumaczenia wirusem SARS-CoV-2, ponieważ w tym czasie poziom zakażenia był niski, a śmiertelność wirusa SARS-CoV-2 była niska [15]. Ta zagadka w kwietniu 2020 r. i zagadka braku statystycznych zależności między nadmierną liczbą zgonów a zastrzykami COVID w późniejszym okresie pandemii sugerują, że w przypadku pandemii w Wielkiej Brytanii wymagane są alternatywne wyjaśnienia.

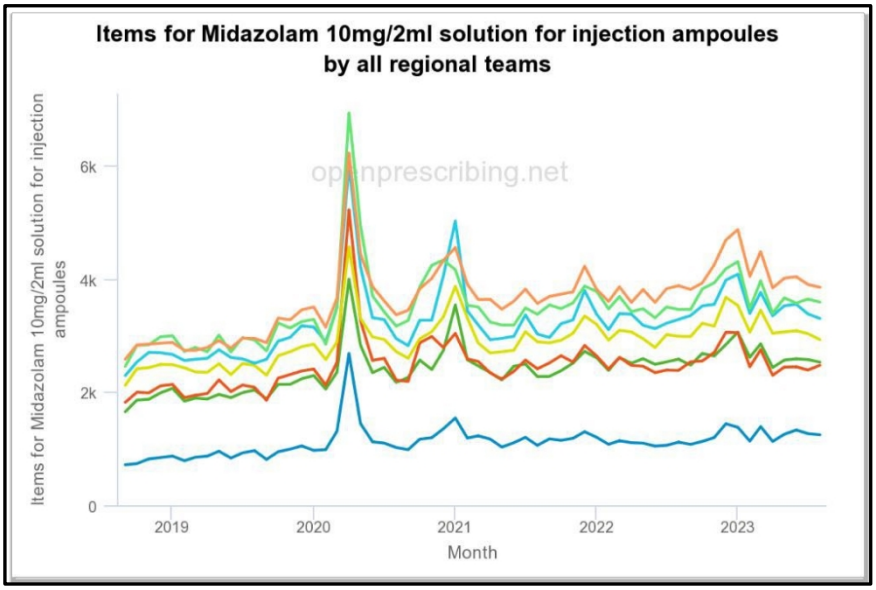
W 2020 r., ponieważ większość metod leczenia zakażenia COVID-19, takich jak iwermektyna, hydroksychlorochina itp., była zabroniona lub niezalecana w wielu krajach, z wyjątkiem wybranych leków, takich jak Remdesivir w USA i midazolam w Wielkiej Brytanii, badamy możliwą rolę midazolamu w pandemii w Wielkiej Brytanii.

Midazolam jest benzodiazepiną, która wzmacnia działanie kwasu gamma-aminomasłowego (GABA), naturalnie występującego inhibitora aktywności mózgu. Midazolam znajduje się na liście podstawowych leków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [21] do krótkotrwałej sedacji przedoperacyjnej, opieki paliatywnej i chorób układu nerwowego. Dla każdej funkcji istnieje zwykle kilka innych alternatyw farmaceutycznych; na przykład w przypadku sedacji i opieki paliatywnej alternatywy w Wielkiej Brytanii obejmują lorazepam i diazepam [21,22].

Midazolam stosowany doustnie nie jest zazwyczaj śmiertelny dla zdrowych osób. Jednak podawany dożylnie w dużych dawkach w sposób ciągły, często z opioidami, osobom starszym z chorobami współistniejącymi, zwłaszcza nieuleczalnie chorym, może być śmiertelny. Według US National Library of Medicine [23]: *"Wstrzyknięcie midazolamu może powodować poważne lub zagrażające życiu problemy z oddychaniem, takie jak płytki, spowolniony lub tymczasowo zatrzymany oddech, co może prowadzić do trwałego uszkodzenia mózgu lub śmierci". Midazolam jest stosowany* w amerykańskich egzekucjach.

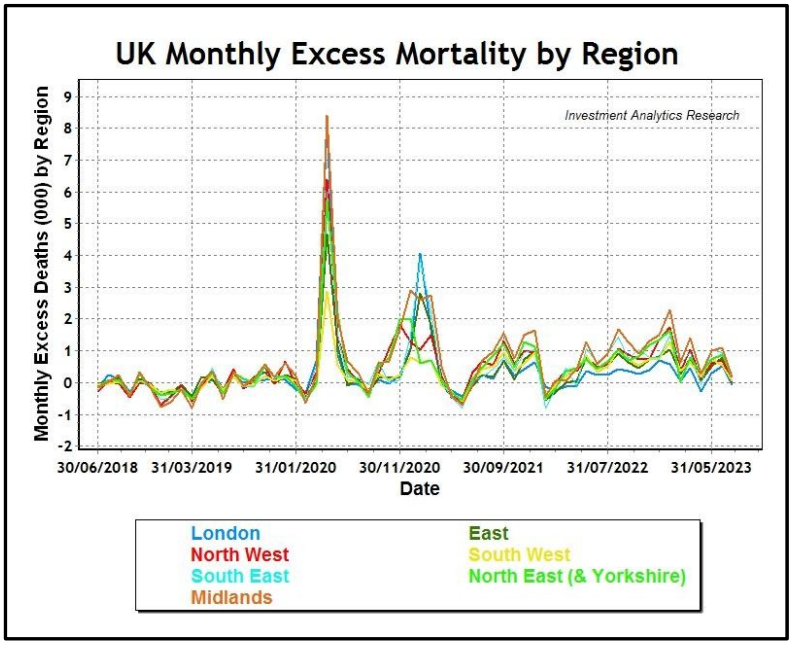
Z badania obserwacyjnego [24] przeprowadzonego we francuskim szpitalu wynika, że dawka 60 mg może spowodować śmierć w ciągu 24 godzin, a przy tej dawce niewiele osób przeżywa dłużej niż pięć dni, a w tym szpitalu tylko jedna trzecia z 54 sedacji paliatywnych miała zgodę pacjenta, co sugeruje zarówno dobrowolną, jak i nieobowiązkową eutanazję, która zostanie omówiona poniżej.

Możliwe powszechne stosowanie midazolamu podczas pandemii zostało zasugerowane przez anegdoty brytyjskich przedsiębiorców pogrzebowych [18], a ostatnio przez obserwacje statystyczne [19]. Rzeczywiście, Bennett Institute for Applied Data Science publikuje surowy angielski zbiór danych dotyczących przepisywania leków [20], który obejmuje, w podziale na regiony Anglii (jak pokazano w tabeli 2 powyżej), recepty na Midazolam 10 mg/2 ml roztwór do wstrzykiwań w ampułkach, jak pokazano na rysunku 7.



Rysunek 7: Pozycje dla ampułek z roztworem midazolamu 10 mg/2 ml do wstrzykiwań dla wszystkich odczynników.

Jak zauważono w kilku wpisach na blogu internetowym [19], dawki zastrzyków midazolamu wykazują wizualnie niezwykłą korelację z nadmierną liczbą zgonów w Wielkiej Brytanii. Na rysunku 8 nadwyżka zgonów dla różnych regiony w Anglii zostały obliczone indywidualnie i próba dopasowania koloru do rysunku 7.



Wykres 8: Miesięczna nadumieralność w Wielkiej Brytanii według regionu.

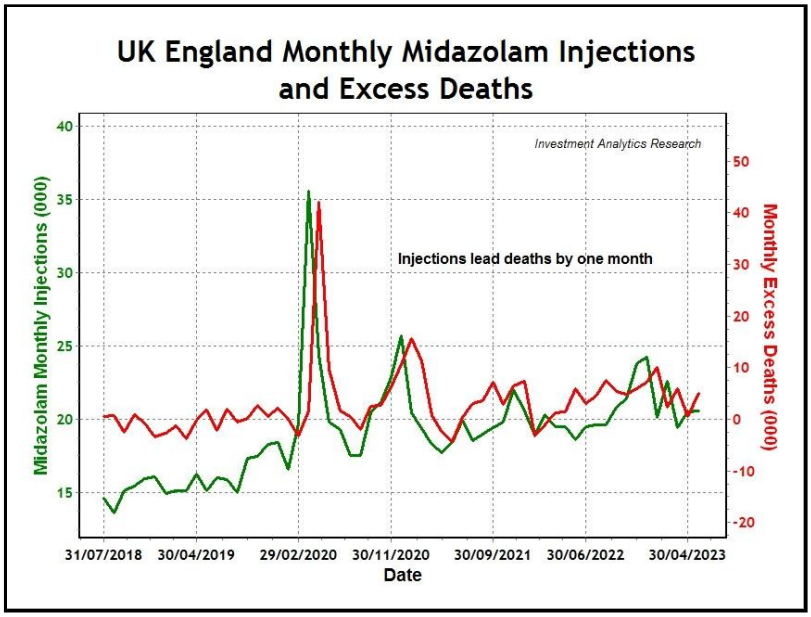
Wizualnie rysunki 7 i 8 sugerują wysoką korelację między

wstrzyknięciami midazolamu a nadmierną liczbą zgonów we wszystkich regionach Anglii. Rysunek 8 pokazuje również podobne regionalne dane liczbowe

rozkład nadmiernej liczby zgonów, szczególnie w kwietniu 2020 r., jakby przez celowe przydzielenie.

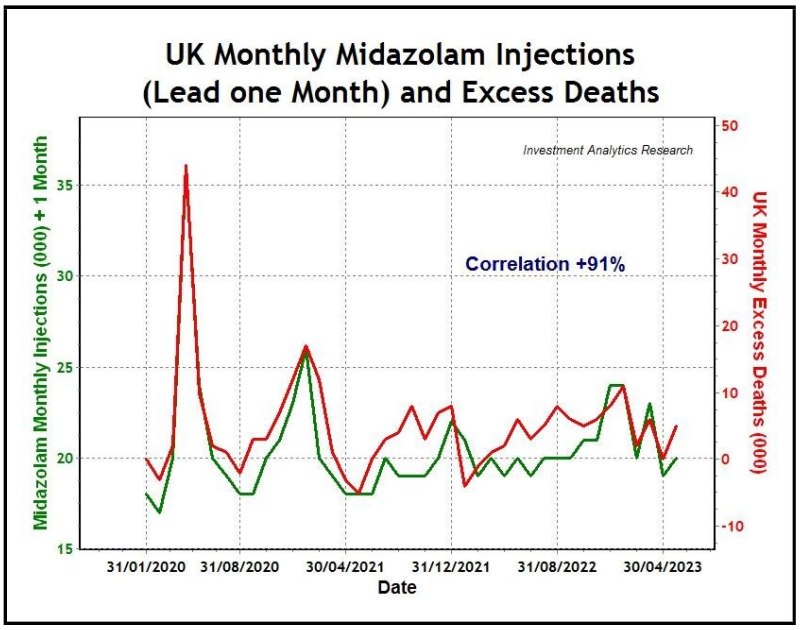
Korelacja z midazolamem

Agregując w regionach Anglii, zależność szeregów czasowych między wstrzyknięciami midazolamu a nadmierną liczbą zgonów w Anglii przedstawiono na wykresie 9.



Rysunek 9: Miesięczne wstrzyknięcia midazolamu w Wielkiej Brytanii i nadmierna liczba zgonów

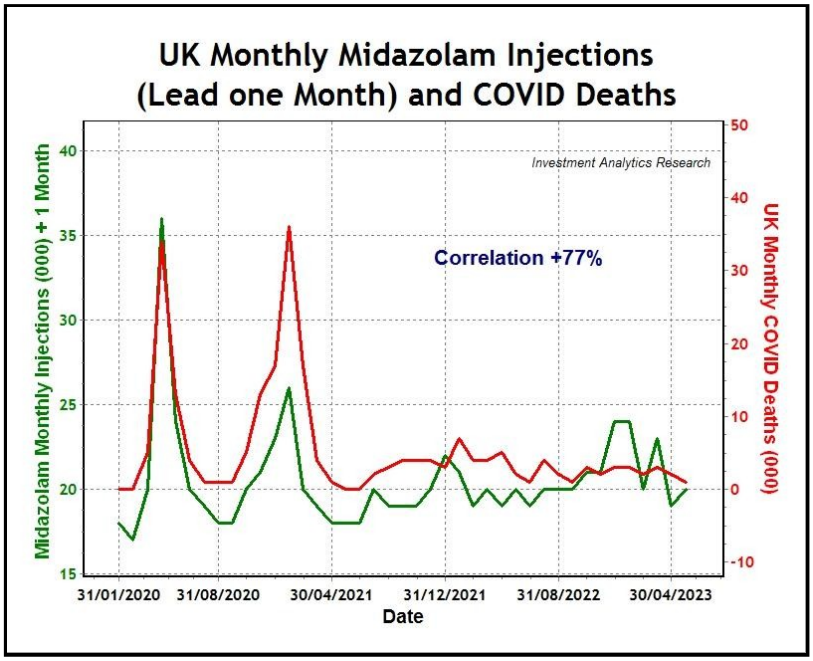
Najwyraźniej zastrzyki z midazolamu i nadmierna liczba zgonów w Anglii są ze sobą silnie skorelowane, ale nie synchronicznie, ponieważ leki zazwyczaj nie mają natychmiastowego wpływu, a także zgłaszanie zgonów z powodu Midazolamu. Stosowane dawki i rejestracja zgonów mogą być opóźnione. Przesunięcie szeregu czasowego dla wstrzyknięć midazolamu o jeden miesiąc do przodu, bardzo wysoka korelacja jest widoczna na wykresie 10.



Wykres 10: Miesięczne wstrzyknięcia midazolamu w Wielkiej Brytanii (w ciągu jednego miesiąca) i nadmierna liczba zgonów.

Bardzo wysoka korelacja (współczynnik 91 procent) między nadmierną liczbą zgonów opóźnionych o miesiąc po wstrzyknięciu midazolamu jest w dużej mierze spowodowana pierwszymi dwoma ogromnymi skokami do początku 2021 roku. Od kwietnia 2021 r. do maja 2023 r. ta sama korelacja spadła do 59%.

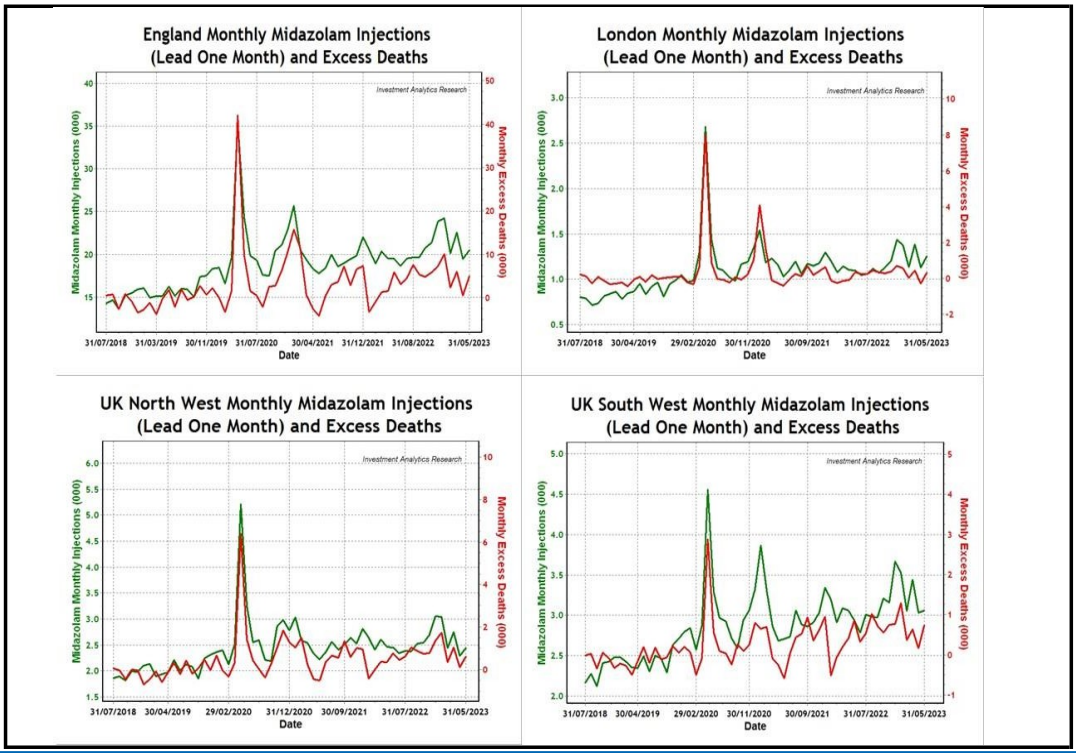
procent, ale nadal istotna statystycznie z *wartością p* na poziomie 0,0007. Błędna klasyfikacja zgonów z powodu COVID, prawdopodobnie celowa, doprowadziła również do ich wysokiej korelacji z zastrzykami midazolamu, jak pokazano na rysunku 11.



Wykres 11: Miesięczne wstrzyknięcia midazolamu w Wielkiej Brytanii (w ciągu jednego miesiąca) i zgony z powodu COVID.

Wysoka korelacja (77 procent) między zgonami z powodu COVID opóźnionymi o miesiąc po wstrzyknięciu midazolamu jest w dużej mierze spowodowana pierwszymi dwoma ogromnymi skokami do początku 2021 roku. Od kwietnia 2021 r. do maja 2023 r. nie było znaczącej korelacji (z jakimkolwiek opóźnieniem), co sugeruje, że Midazolam nie miał statystycznego związku ze zgonami z powodu COVID, co sugeruje zmianę polityki przydziału.

Czasowa separacja między przyczyną Midazolamu a efektem nadmiernej liczby zgonów wynosiła konsekwentnie jeden miesiąc dla całej pandemii od 2020 r., co wskazuje na paliatywne zastosowanie do wspomaganej śmierci lub innej eutanazji. Midazolam był pośrednią, jeśli nie główną, przyczyną nadmiernej liczby zgonów w Wielkiej Brytanii. Statystycznie korelacje znacznie się poprawiają, gdy zastrzyki z midazolamu prowadzą do nadmiernej liczby zgonów o jeden miesiąc we wszystkich regionach Anglii, co ilustruje rysunek 12.



Rysunek 12: Zastrzyki z midazolamu prowadzą do nadmiernej liczby zgonów (w ciągu jednego miesiąca) we wszystkich regionach Anglii.

W pozostałej części tego dokumentu, o ile nie zaznaczono inaczej, korelacje między zastrzykami midazolamu a nadwyżką zgonów implikują jednomiesięczne opóźnienia w stosunku do nadwyżki zgonów. Przed pandemią korelacje były w większości umiarkowane i miały niską istotność statystyczną.

Midazolam w skoku śmiertelności w 2020 r.

Nadzwyczajny wzrost liczby zgonów w kwietniu 2020 r. spowodowany przez midazolam przyciągnął nieproporcjonalnie mało uwagi. Tabela 4 pokazuje, że w tym miesiącu 35 600 dawek midazolamu wiązało się z 42 000 nadmiernych zgonów, co stanowi praktycznie średnio jedną dawkę na zgon.

Region	Dawki midazolamu	Nadmierna liczba zgonów	Dawka na zgon (ranga)	Nadwyżka % linii bazowej (ranga)
Londyn	2,680	8,030	0.33 (7)	194 (1)
Wschód	3,990	4,680	0.85 (4)	96.6 (4)
Północny zachód	5,210	6,390	0.82 (5)	107 (2)
Południowy zachód	4,560	2,880	1.58 (1)	61 (7)
Południowy Wschód	6,000	5,980	1 (3)	87.4 (5)
Północny Wschód (i Yorkshire)	6,920	5,730	1.21 (2)	86.6 (6)
Midlands	6,210	8,390	0.74 (6)	101 (3)

Tabela 4: Zastrzyki z midazolamu i regionalny nadmiar zgonów w marcu/kwietniu 2020 r.

W porównaniu do regionalnych poziomów bazowych obliczonych na podstawie średnich miesięcznych z lat 2015-2019 (patrz Tabela 2), region Londynu potroił (300 procent) oczekiwaną śmiertelność ze wszystkich przyczyn, podczas gdy większość innych regionów w przybliżeniu podwoiła (200 procent) oczekiwaną śmiertelność ze wszystkich przyczyn. Jest mało prawdopodobne, aby tak szybkie, skoncentrowane czasowo i równomiernie rozłożone zgony w całej Anglii były naturalnie spowodowane chorobą zakaźną.

Rzeczywiście, zależność między dawką midazolamu a śmiercią była bardzo podobna we wszystkich regionach, co dodatkowo potwierdza domniemaną rolę midazolamu w systemowej polityce eutanazji w Wielkiej Brytanii.

W niektórych regionach, takich jak Londyn, Wschód, Północny Zachód i Midlands, na jedną nadmierną śmierć przypadała mniej niż jedna dawka, co sugeruje, że midazolam nie był stosowany jednolicie we wszystkich przypadkach i że midazolam nie był jedynym środkiem uspokajającym stosowanym w eutanazji, szczególnie w regionie Londynu. Na przykład, wraz z wieloma innymi lekami, chlorowodorek lewomepromazyny, który jest zarówno środkiem uspokajającym, jak i przeciwbólowym. lek przeciwpsychotyczny, również odnotował wzrost stosowania w Wielkiej Brytanii [25] mniej więcej w tym samym czasie.

Innym możliwym powodem, dla którego w regionie Londynu odnotowano stosunkowo wysoką nadwyżkę zgonów w porównaniu z zarejestrowanymi dawkami midazolamu, może być błąd selekcji chorych pacjentów. Możliwe jest, że wielu chorych pacjentów z innych regionów szukało specjalistycznego leczenia w głównych londyńskich szpitalach i klinikach, które mogły być zmuszone do stosowania innych środków uspokajających z powodu ograniczonych dostaw midazolamu. Londyńskie statystyki odstające mogą być kolejnym przykładem paradoksu Simpsona, w którym subpopulacja może mieć czynniki zakłócające, w tym tendencyjność selekcji, naruszając właściwość statystyczną, która jest ważna tylko dla całej populacji lub dla innych subpopulacji.

Midazolam w czasie pandemii

Celowe stosowanie midazolamu podczas pandemii COVID-19 w celu spowodowania zgonów można porównać z bardziej normalnym stosowaniem midazolamu przed pandemią w 2020 r., jak pokazano w tabeli 5 poniżej.

Region	Przed pandemią Czerwiec 1918-2020 Korelacja % (*wartość p*)	Pandemia od 2020 r. Korelacja %	2020 Korelacja przed szczepieniem %	Pandemia Po szczepieniu Korelacja %
Londyn	33 (0.09)	92	99	66
Wschód	25 (0.16)	89	99	75
Północny zachód	48 (0.02)	92	98	62
Południowy zachód	51 (0.01)	77	97	48
Południowy Wschód	39 (0.06)	87	96	74

Północny Wschód (i Yorkshire)	49 (0.02)	91	98	57
Midlands	60 (0)	88	98	63
Anglia	48 (0.02)	91	98	70

Tabela 5: Korelacja wstrzyknięć midazolamu i regionalnego nadmiaru zgonów (*wartości p* < 0,001 lub zero, chyba że podano w **nawiasach).**

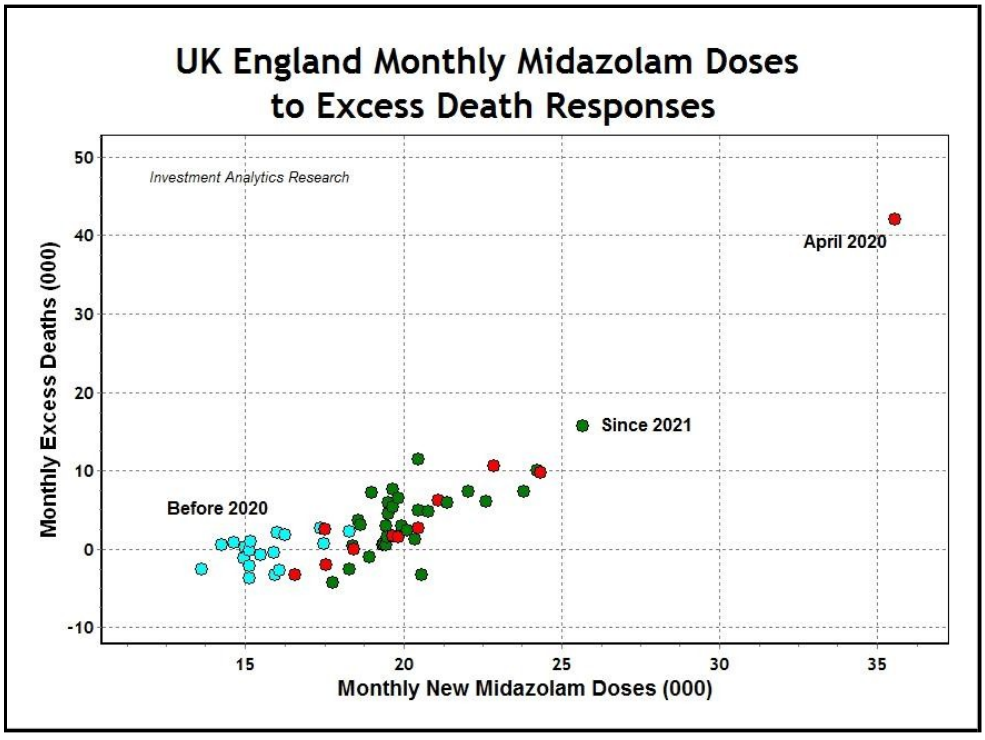
Podczas gdy korelacje przed pandemią (druga kolumna) między zastrzykami midazolamu a nadmierną liczbą zgonów są statystycznie istotne do *wartości p* < 0,05, dla północnego zachodu, południowego zachodu, północnego wschodu (i Yorkshire) oraz Midlands, współczynnik korelacji dla całej Anglii wynosił tylko 48 procent.

W 2020 r. współczynnik korelacji (czwarta kolumna) dla całej Anglii wzrósł do 98%, nie pozostawiając wątpliwości co do roli midazolamu w nadmiernej liczbie zgonów w Wielkiej Brytanii w 2020 r. Ogólny współczynnik korelacji (trzecia kolumna) dla całej pandemii wyniósł 91 procent, do czego znacznie przyczyniły się dane z 2020 roku. Co ważne, nawet po 2020 r., w erze szczepień, współczynnik korelacji (ostatnia kolumna) był nadal wysoce istotny statystycznie na poziomie 70%. Niezależnie od innych czynników, takich jak choroba COVID-19 i szczepienia, midazolam był ważnym czynnikiem zakłócającym w wyjaśnianiu nadmiernej liczby zgonów, konkurując z innymi możliwymi czynnikami. Główne kryteria Bradford Hill dotyczące przyczynowości medycznej zostały spełnione dzięki silnej korelacji, spójności w czasie i geografii, specyficzności efektu i spójnej czasowości jednomiesięcznego opóźnienia w nadmiernej liczbie zgonów po wstrzyknięciach midazolamu. Inne aspekty Bradford Hill, takie jak gradient biologiczny lub dawka-wynikają naturalnie z rozważań nad farmakologią midazolamu.

Podsumowując, midazolam był silnie i przyczynowo powiązany z nadmierną liczbą zgonów w Wielkiej Brytanii, szczególnie w 2020 roku. Był on wyraźnie pośrednią przyczyną nadmiernej śmiertelności w Wielkiej Brytanii, ale było mało prawdopodobne, aby był główną przyczyną w łańcuchu przyczynowości zgonów, ponieważ midazolam był stosowany głównie w celu przyspieszenia lub wspomagania umierania w eutanazji, często w celu złagodzenia możliwego cierpienia w protokołach końca życia. Rola midazolamu oparta na jego właściwościach farmaceutycznych jest określona w wytycznych polityki zdrowotnej.

Gradient biologiczny

Najwyraźniej ścisłe powiązanie nadmiernej liczby zgonów w Wielkiej Brytanii po wstrzyknięciu midazolamu sugeruje znaczny udział środków uspokajających w eutanazji podczas pandemii w Wielkiej Brytanii. Systemowa polityka eutanazji może być widoczna w farmaceutyce midazolamu stosowanej w czasie i w różnych regionach podczas pandemii. Rysunek 13 przedstawia zależności dawka-odpowiedź dla Anglii w trzech różnych okresach.



Wykres 13: Miesięczne dawki midazolamu w Wielkiej Brytanii i Anglii w odniesieniu do nadmiernej liczby zgonów Odpowiedzi.

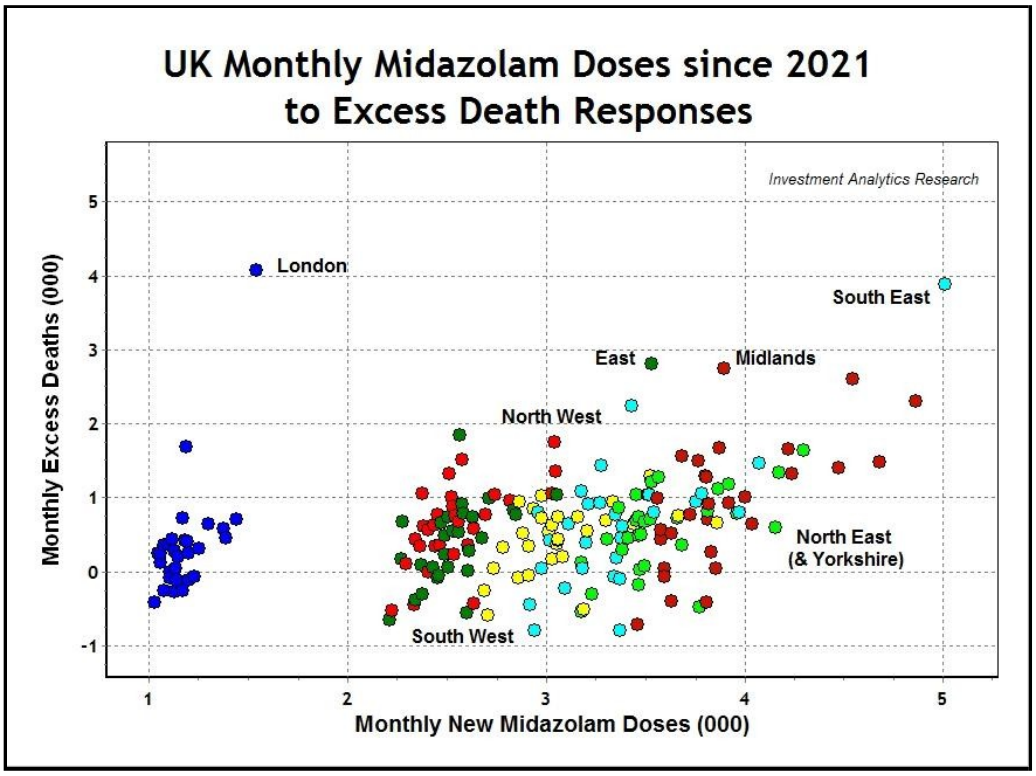
Punkty danych w kolorze wodnym odnoszą się do okresu przed pandemią od lipca 2018 r. do 2020 r., punkty w kolorze czerwonym odnoszą się do 2020 r., pierwszego okresu pandemii przed masowymi szczepieniami, podczas gdy zielone punkty danych odnoszą się do 2020 r., pierwszego okresu pandemii przed masowymi szczepieniami.

do okresu pandemii po szczepieniu. Statystyki zależności dawka-odpowiedź w trzech różnych okresach przedstawiono w tabeli 5.

Okres	Próbka	Przechwytywanie (000)	Nachylenie	Korelacja (%)	*p-value*
Przed pandemią do 2020 r.	18	-12.9	0.803	47	0.0465
2020 Szczepienia wstępne	12	-43.6	2.35	98	0
2021 do maja 2023	29	-29.9	1.67	70	0

Tabela 5: Regresja wstrzyknięć midazolamu i nadmiernej liczby zgonów (Anglia: trzy okresy do maja 2023 r.).

W skoku z kwietnia 2020 r. 35 000 dawek midazolamu wiązało się z 38 700 nadmiernymi zgonami. Analiza statystyczna pokazuje, że w Anglii przed pandemią zależność dawka-odpowiedź między zastrzykami midazolamu a nadmierną liczbą zgonów była słaba i tylko marginalnie istotna. W 2020 r. pandemii, przed szczepienia, wpływ wstrzyknięć midazolamu był bardzo silny i wysoce istotny statystycznie, podczas gdy wpływ midazolamu później złagodniał niewątpliwie z powodu konkurencyjnego wpływu szczepień, ale pozostał wysoce istotny statystycznie.



Wykres 14: Miesięczne dawki midazolamu w Wielkiej Brytanii i Anglii od 2021 r. do nadwyżki zgonów Odpowiedzi.

Należy zauważyć, że region Londynu jest statystycznie odstający pod względem stosowania midazolamu, co sugeruje dodatkowe stosowanie innych podobnych leków. środki uspokajające, które mogą być nawet silniejsze niż midazolam do eutanazji, jak sugerują porównania w tabeli 6.

Region	Przechwytywanie	Nachylenie	Korelacja (%)	*p-value*
Londyn	-4.81	4.39	66	0.0001
Wschód	-4.76	2.03	75	0
Północny zachód	-3.43	1.59	62	0.0004
Południowy zachód	-1.94	0.776	48	0.0078
Południowy Wschód	-4.73	1.59	74	0
Północny Wschód (i Yorkshire)	-3.30	0.669	57	0.0012
Midlands	-5.08	1.54	63	0.0002

Tabela 6: Regresja zastrzyków midazolamu i regionalnej nadwyżki zgonów (po masowych szczepieniach od 2021 r.).

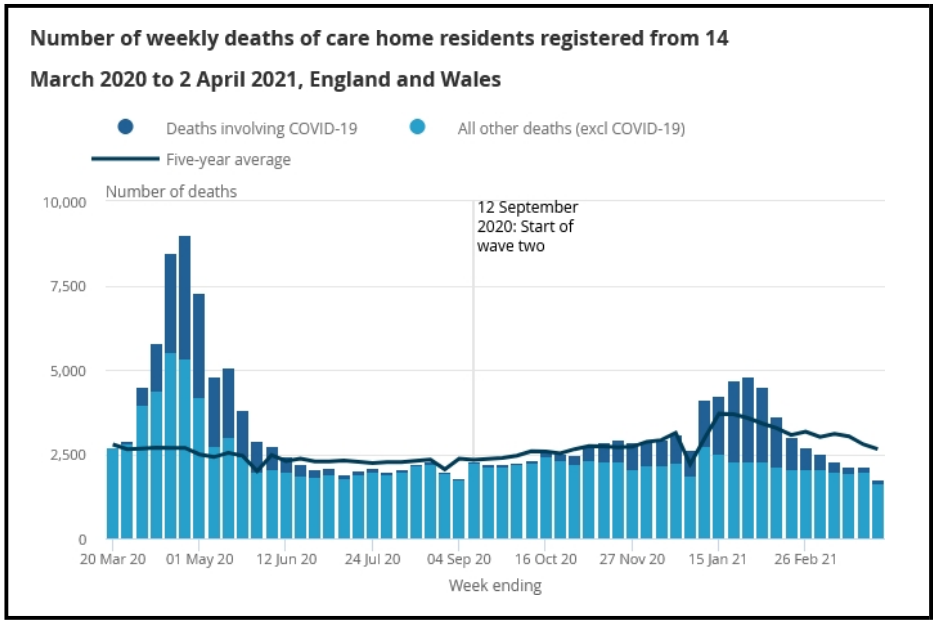
Należy zauważyć, że wszystkie subpopulacje regionalne mają konsekwentnie dodatnie korelacje, unikając paradoksu Simpsona i sugerując brak znaczących czynników zakłócających w związkach statystycznych. Oznacza to, że nawet jeśli matematyczne szczegóły regresji mogą różnić się ilościowo (z powodu innych drobnych czynników zakłócających), przeważa zdecydowany wniosek, że zastrzyki z midazolamu mają znaczący wpływ przyczynowy na nadmierną liczbę zgonów w Anglii.

Pandemia eutanazji

W związku z fatalnymi prognozami modelowania komputerowego SAGE na początku 2020 r. w Wielkiej Brytanii zapanowała atmosfera paniki. Po 30 latach cięć [26] liczba łóżek szpitalnych NHS w Anglii zmniejszyła się o połowę, z 299 000 w 1987/88 r. do 141 000 w 2019/20. Niedobory łóżek szpitalnych łóżek były już odczuwalne przed pandemią. W związku z tym obawiano się, że brytyjskie szpitale nie poradzą sobie z przewidywanym wzrostem liczby przypadków COVID-19.

Oczywiste jest, że najwyższym priorytetem brytyjskiej polityki zdrowia publicznego na początku pandemii było uniknięcie przeciążenia szpitali, podobnie jak w przypadku sensacyjnych doniesień z północnych Włoch w tym czasie. NHS stworzyła nowe wytyczne w marcu 2020 r. [27], aby ułatwić wypisy ze szpitali, stwierdzając, że *"pacjenci nie mogą pozostać w łóżku NHS, chyba że muszą pozostać w szpitalu (patrz załącznik B)"*.

W wyniku posunięcia, które później uznano za nieracjonalne [28], wiele osób starszych zostało wypisanych ze szpitala i zmarło w domach opieki w całej Anglii, jak pokazano w raporcie ONS [29] na rysunku 15.



Rysunek 15: Liczba cotygodniowych zgonów mieszkańców domów opieki zarejestrowanych od 14 marca 2020 r. do 2 kwietnia, Anglia i Walia.

W kwietniu 2020 r. w całej Anglii zmarło około 28 000 mieszkańców domów opieki, co stanowiło około jedną trzecią lub 33,5% wszystkich zgonów w Anglii. Ponieważ w 65-milionowej populacji Anglii było około 375 000 pensjonariuszy domów opieki (trzy czwarte w podeszłym wieku, niektórzy z demencją, a pozostali niepełnosprawni), wskaźniki umieralności w tym miesiącu wyniosły odpowiednio 7,5% i 0,128%, co oznacza, że wskaźnik zgonów w domach opieki w kwietniu 2020 r. był około sześćdziesięciokrotnie (X60) wyższy niż średnia krajowa.

Wiele osób starszych w Wielkiej Brytanii z chorobami współistniejącymi lub nieuleczalnymi zmarło w wyniku eutanazji w domach opieki, a nie z powodu COVID-19 z powodu niewielu przypadków infekcji na początku 2020 roku. Względny brak zakażeń COVID-19 został potwierdzony przez w dużej mierze puste szpitale na początku 2020 roku [30], ponieważ nadmierny wzrost liczby hospitalizacji z powodu COVID-19 nigdy nie nastąpił. Nawet tymczasowe szpitale "Nightingale" zbudowane na wypadek spodziewanej sytuacji kryzysowej były puste [31]. Okoliczności eutanazji doprowadziły do pierwszego powszechnego błędu, że osoby starsze były szczególnie podatne na COVID, podczas gdy osoby starsze były podatne na brytyjską opiekę zdrowotną

system, który ułatwiał eutanazję w domach opieki [32]. Nagły wzrost liczby przypadków dobrowolnej śmierci wspomaganej był mało prawdopodobny, ale nie oszacowano zakresu eutanazji niedobrowolnej, co sugeruje jatrogenne gerontobójstwo w Wielkiej Brytanii.

Drugi błąd wynikał z faktu, że w porównaniu z ogromnym skokiem w 2020 r., po 2021 r. wystąpiło mniej zgonów osób starszych w wyniku masowych szczepień, co doprowadziło do fałszywego wniosku, że szczepienia uratowały życie wielu osobom starszym, podczas gdy zastrzyki z midazolamu i inne leki zostały znacznie zmniejszone po 2020 roku. Korzyści ze szczepień dla osób starszych były iluzoryczne, ale statystyczne dowody na to, że szczepienia powodowały zgony, były również iluzoryczne z powodu wprowadzających w błąd danych, jak pokazano powyżej w sekcji zawierającej rysunek 5.

Polityka Wielkiej Brytanii dotycząca eutanazji

W swoich definicjach brytyjska Narodowa Służba Zdrowia (NHS) [33] stwierdza: "*Eutanazja jest aktem celowego zakończenia życia osoby w celu złagodzenia cierpienia" oraz "W zależności od okoliczności, eutanazja jest uważana za zabójstwo lub morderstwo. Eutanazja*

Maksymalna kara to dożywocie". Nawet wspomagane samobójstwo jest nielegalne zgodnie z ustawą o samobójstwie (1961) i podlega karze do 14 lat pozbawienia wolności, podczas gdy samo samobójstwo nie jest czynem zabronionym. Powyższa analiza danych wyraźnie wykazała, że większość nadmiernej śmiertelności w Wielkiej Brytanii podczas pandemii była związana ze stosowaniem midazolamu w eutanazji osób starszych, na szeroką i najwyraźniej skoordynowaną skalę. Jak to było możliwe, skoro eutanazja była nadal ściśle nielegalna w Wielkiej Brytanii?

Na początku 2020 r. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) szybko opracował nowe wytyczne dotyczące postępowania z objawami COVID-19, w tym u schyłku życia [22]. Szybko opracowane nowe wytyczne skutecznie otworzyły drzwi do wdrożenia polityki eutanazji w Wielkiej Brytanii podczas pandemii:

"NICE opracował te zalecenia w bezpośredniej reakcji na szybko zmieniającą się sytuację i dlatego nie mógł postępować zgodnie ze standardowym procesem opracowywania wytycznych. Wytyczne zostały opracowane przy użyciu tymczasowego procesu i metod opracowywania szybkich wytycznych dotyczących COVID-19".

Tymczasowy proces opracowywania wytycznych obejmuje następujące zastrzeżenia: "brak konsultacji społecznych w sprawie zakresu", "nie będzie systematycznych badań literaturowych", *"zgodnie z wytycznymi WHO COVID-19", "nie będzie formalnej oceny ryzyka stronniczości dowodów", "nie będzie konsultacji społecznych projektu wytycznych" itp.*

Tabela 5 szybkich wytycznych NICE dotyczących leczenia duszności u dorosłych pacjentów w ostatnich dniach i ostatnich godzinach życia obejmuje:
• Opioid: Siarczan morfiny w dawce 10 mg przez 24 godziny za pomocą strzykawki, w razie potrzeby stopniowo zwiększając dawkę do 30 mg siarczanu morfiny przez 24 godziny.
• Benzodiazepina, jeśli jest wymagana oprócz opioidu: Midazolam 10 mg w ciągu 24 godzin przez sterownik strzykawki, zwiększając stopniowo do midazolamu 60 mg w ciągu 24 godzin w razie potrzeby.

Wprowadzono zmiany w wytycznych [34] dotyczących antycypacyjnego przepisywania (AP) leków iniekcyjnych z wyprzedzeniem w stosunku do potrzeb klinicznych w środowiskowej opiece paliatywnej w Wielkiej Brytanii.

Najwyraźniej, w środowisku szybko zmieniających się wytycznych, regularne procedury nadzoru nad domami opieki zostały zawieszone przez ustawowy organ regulacyjny, Komisję ds. Jakości Opieki (CQC) oraz Rzecznika Praw Obywatelskich Samorządu Lokalnego i Opieki Społecznej.

Amnesty International UK opublikowała [35] raport z 2020 roku zatytułowany: *"Jakby zbędne: Niepowodzenie rządu Wielkiej Brytanii w ochronie osób starszych w domach opieki podczas pandemii COVID-19"*, w którym stwierdzono:

"Rząd Wielkiej Brytanii, agencje krajowe i organy na szczeblu lokalnym podjęły decyzje i przyjęły polityki podczas pandemii COVID-19, które ***bezpośrednio naruszyły prawa człowieka osób starszych.***

***mieszkańców domów opieki w Anglii - w szczególności ich prawo do życia, prawo do zdrowia i prawo do niedyskryminacji**. Te decyzje i polityki wpłynęły również na prawa mieszkańców domów opieki do życia prywatnego i rodzinnego oraz mogły naruszyć ich prawo do nieludzkiego lub poniżającego traktowania".*

Podkreślenie dodane. Amnesty International starała się unikać używania słowa eutanazja, ale zamiast tego używała "naruszania praw człowieka" - w szczególności prawa do życia. Faktyczna eutanazja w szpitalach i domach opieki była możliwa dzięki rozluźnieniu wytycznych, brakowi nadzoru regulacyjnego i powszechnemu stosowaniu powiadomień "Nie podejmuj próby resuscytacji krążeniowo-oddechowej" (DNACPR) lub prościej "Nie podejmuj próby resuscytacji" (DNAR).

Stosowanie ogólnych zawiadomień DNAR w szpitalach i domach opieki stanowiło systemową politykę eutanazji, która nie została zbadana ani powstrzymana przez rządowe organy regulacyjne. W wyniku wspólnego dochodzenia przeprowadzonego przez Izbę Gmin i Izbę Lordów, we wrześniu 2020 r. brytyjski parlament przyznał [36]:

"Powszechne stosowanie zawiadomień o niepodejmowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (DNACPR) w domach opieki stanowi systematyczne naruszanie praw osób fizycznych. Rząd musi zapewnić, że ich powszechne stosowanie nie będzie dozwolone".

Ponownie, reakcja rządu Wielkiej Brytanii na COVID-19 była systematycznym naruszaniem praw człowieka - prawa do życia, a nie eutanazji, która jest przestępstwem. Wiele przypadków dotyczyło eutanazji niedobrowolnej, która różniła się od dobrowolnego wspomaganego umierania, o czym poinformował brytyjski parlament [36]:

"Otrzymaliśmy głęboko niepokojące dowody z wielu źródeł, że podczas pandemii Covid-19 zawiadomienia DNACPR były stosowane w sposób ogólny do niektórych kategorii osób przez niektórych świadczeniodawców, bez żadnego zaangażowania osób lub ich rodzin".

***"Powszechne nakładanie zawiadomień DNACPR bez odpowiedniego zaangażowania pacjenta jest niezgodne z prawem.** Dowody sugerują, że stosowanie ich w kontekście pandemii Covid-19 było powszechne".*

Podkreślenie dodane. Komisja Jakości Opieki (CQC), która jest niezależnym organem regulacyjnym finansowanym z opłat szpitali i domów opieki w celu ich nadzorowania, została poproszona z opóźnieniem o dokonanie przeglądu decyzji DNACPR podczas pandemii COVID-19:

*"Zostało to spowodowane obawami dotyczącymi **powszechnego stosowania decyzji DNACPR, czyli stosowania ich do grup osób, a nie do oceny indywidualnej sytuacji każdej osoby,** a także podejmowania decyzji bez angażowania danej osoby".*

Podkreślenie dodane. W swoim raporcie okresowym opublikowanym w listopadzie 2020 r. CQC zgodził się z dochodzeniem rządu Wielkiej Brytanii i zauważył

nieco przepraszająco [37]:

"Oczywiste jest, że na początku pandemii panowało zamieszanie i nieporozumienia dotyczące stosowania DNACPR oraz poczucie, że dostawcy są przytłoczeni. Istnieją dowody na to, że na początku pandemii podejmowano niedopuszczalne i niewłaściwe DNACPR".

Najwyraźniej regulator "użytkownik płaci" był ostatnim, który przyznał się do własnej porażki w zakresie regulacji i jedynie powtórzył ustalenia Amnesty International i raportu rządu Wielkiej Brytanii na temat praw człowieka w pandemii COVID-19.

Systemowa polityka eutanazji, która jest nielegalna w świetle brytyjskiego prawa, została przedstawiona jedynie jako naruszenie praw człowieka - prawa do życia. Polityka eutanazji, która wydaje się być dyskryminująca ze względu na status szczepień, z uprzedzeniami wobec "nieszczepionych", to coś znacznie więcej. Polityka systemowa ma znaczący wpływ na zaciemnienie zrozumienia wpływu szczepień na życie.

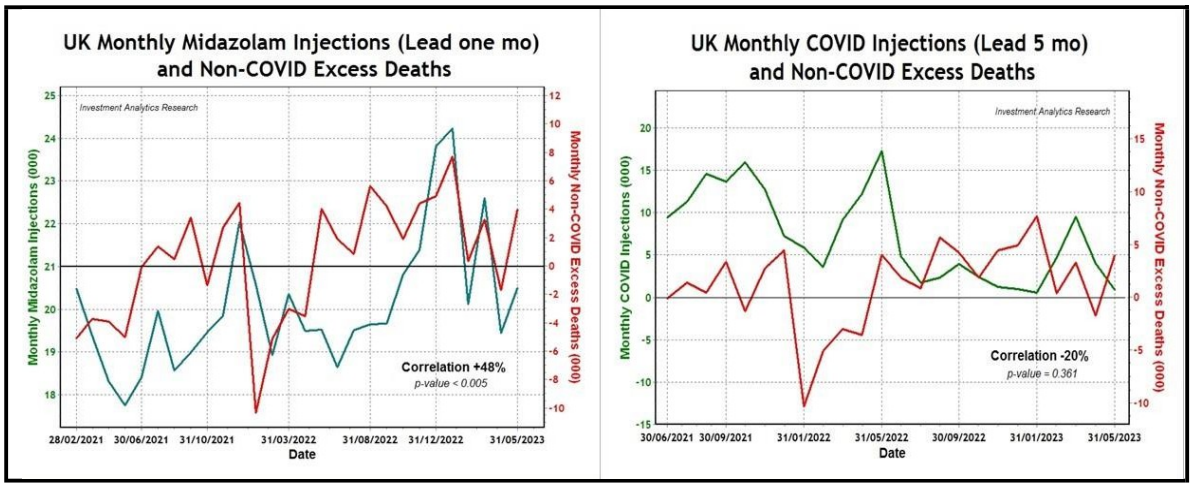
Pandemia COVID-19 w Wielkiej Brytanii.

Dalsze omawianie sposobu prowadzenia systemowej polityki eutanazji wykracza poza zakres niniejszego dokumentu. Powyższa dyskusja służy wyjaśnieniu jednolitości i spójności danych statystycznych, podczas całej pandemii i we wszystkich regionach, odnoszących się do stosowania midazolamu do nadmiernej liczby zgonów.

Względny wpływ szczepień

Jeśli chodzi o wyjaśnienie nadmiernej liczby zgonów w Wielkiej Brytanii, zastrzyki z midazolamu mają statystycznie istotną korelację nawet po szczepieniu, podczas gdy zastrzyki COVID nie miały istotnej korelacji (patrz rysunek 6). Czy szczepienia mają jakikolwiek wpływ na wyjaśnienie jakiegokolwiek aspektu danych dotyczących śmiertelności w Wielkiej Brytanii?

Porównanie względnego wpływu zastrzyków midazolamu i zastrzyków COVID na nadwyżkę zgonów niezwiązanych z COVID przedstawiono na rysunku 16.



Wykres 16: Miesięczne zastrzyki midazolamu w Wielkiej Brytanii i nadmierna liczba zgonów niezwiązanych z COVID-19.

Z prawego wykresu 16 wynika, że szczepienia miały ujemną korelację (-20%) wpływu na zgony niezwiązane z COVID-19, co sugeruje korzyści, ale jest nieistotne statystycznie. Z drugiej strony, od 2021 r. do maja 2023 r. odnotowano istotną 48-procentową korelację (*wartość p* <0,005) między Midazolamem a nadmierną liczbą zgonów niezwiązanych z COVID (opóźnionych o miesiąc), co sugeruje, że Midazolam był prawdopodobnie związany ze zgonami niezwiązanymi z COVID od 2021 roku.

Względny wpływ zastrzyków z midazolamu w porównaniu ze szczepieniami porównano dla okresu od 30 czerwca 2021 r. do 31 maja 2023 r. Czerwcowa data rozpoczęcia porównania wynika z pięciomiesięcznego wyprzedzenia w zastrzykach COVID, podczas gdy zastrzyki z midazolamu mają tylko jednomiesięczne wyprzedzenie w stosunku do zgonów. Tabela 7 pokazuje, że tylko wstrzyknięcie midazolamu miało statystycznie istotną korelację z nadwyżką zgonów (zaznaczoną na żółto) w okresie szczepień.

Wartości	Zgony z powodu COVID	Zgony niezwiązane z COVID-19	Nadmierna liczba zgonów
Korelacja z midazolamem (%)	7	42	53
p-value	0.73	0.04	0.004
Korelacja szczepień (%)	27	-20	-12

p-value	0.21	0.36	0.59

Tabela 7: Względny wpływ midazolamu (prowadzenie jeden miesiąc) i szczepień (prowadzenie pięć miesięcy) na liczbę zgonów w Wielkiej Brytanii

Ani midazolam, ani szczepienie nie były statystycznie skorelowane ze zgonami z powodu COVID, co nie jest zaskakujące, biorąc pod uwagę niewiarygodność danych. Midazolam, zacieniowany na żółto w tabeli 7, był znacząco skorelowane zarówno ze zgonami niezwiązanymi z COVID-19, jak i z nadwyżką zgonów.

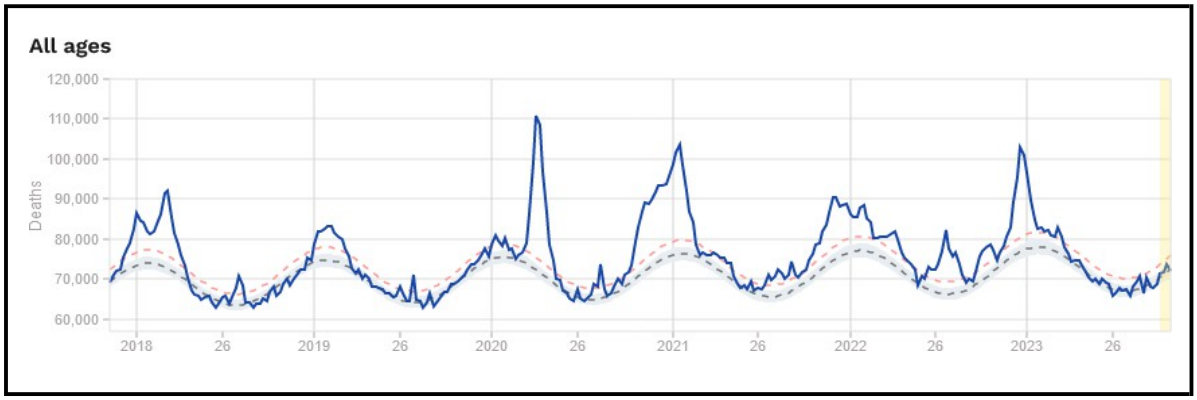
Szczepienia nie miały istotnej statystycznej korelacji ze zgonami w Wielkiej Brytanii z pięciomiesięcznym opóźnieniem lub z jakimkolwiek innym opóźnieniem. W przeciwieństwie do Australii, ten brak spójnej korelacji sugeruje, że szczepienia COVID nie mają statystycznie udowodnionego wpływu na zgony w Wielkiej Brytanii: zgony z powodu COVID, zgony bez COVID lub nadmiar zgonów. Ten brak dowodów statystycznych nie oznacza, że szczepienia mogą nie być główną przyczyną, która prawdopodobnie została zamaskowana przez bliskość przyczynową eutanazji z midazolamem. Biorąc pod uwagę australijskie badania, które dowiodły, że "szczepienia zabijają" [1], jest wysoce prawdopodobne, że trwały wzrost liczby zgonów w Wielkiej Brytanii nie był spowodowany przyczynami naturalnymi, ale szczepieniami. Jednak w przypadku epidemiologii powiązanej sytuacji w Wielkiej Brytanii potrzebne są inne podejścia i metody w celu ustalenia związku między szczepieniami a nadmierną liczbą zgonów.

Implikacje dla epidemiologii

Obecne badanie nadwyżki zgonów w Wielkiej Brytanii zawiera ważne wnioski dla epidemiologii pandemii COVID-19 na całym świecie, ponieważ wykazało, że w niektórych krajach, takich jak Wielka Brytania, nie należy pomijać określonych czynników zakłócających.

Próba przypisania nadmiernej liczby zgonów wyłącznie chorobie COVID lub szczepieniom przeciwko COVID może być błędna. Stosowanie uproszczonych modeli na całym świecie w celu oszacowania, ile milionów istnień ludzkich uratowały szczepienia lub ile milionów zgonów spowodowały szczepienia, bez rzeczywistego zrozumienia faktów związanych z ograniczeniami danych, doprowadziło do zamieszania, które przedłużyło złe decyzje polityczne kosztujące wiele istnień ludzkich.

Prosty przykład może zilustrować dominujący błąd. Wykres 17 przedstawia łączną tygodniową liczbę zgonów dla wszystkich grup wiekowych w 27 krajach partnerskich EuroMOMO [38] dostarczających dane i regionach niższego szczebla, obejmujących Austrię, Belgię, Cypr, Danię, Estonię, Finlandię, Francję, Niemcy, Niemcy (Berlin), Niemcy (Hesja), Grecję, Węgry, Irlandię, Izrael, Włochy, Luksemburg, Maltę, Holandię, Portugalię, Słowenię, Hiszpanię, Szwecję, Szwajcarię, Wielką Brytanię (Anglia), Wielką Brytanię (Irlandia Północna), Wielką Brytanię (Szkocja) i Wielką Brytanię (Walia).



Wykres 17: Tygodniowa łączna liczba zgonów dla wszystkich grup wiekowych.

Pomijając czynniki zakłócające w poszczególnych krajach, łączna śmiertelność z wszystkich przyczyn (linia ciągła) w 27 krajach jest pokazana powyżej ich pasm bazowych (linie przerywane). Ze względu na wahania sezonowe i niewielki wzrost poziomu wyjściowego w czasie, wykres 17 nie jest najbardziej przejrzystym sposobem porównania nadwyżki zgonów.

Najwyraźniej, porównując główne szczyty śmiertelności ze wszystkich przyczyn, nadwyżka zgonów w europejskiej pandemii nigdy nie przekroczyła szczytu z początku 2020 roku. Ogólna obserwacja pozwoliła rządom europejskim, przy pomocy wadliwych badań opartych na wadliwych danych, twierdzić, że nadmiar zgonów jest w całości wyjaśniony przez wirusa COVID i jego warianty. Nasz artykuł wykazał, że wirus COVID miał ewidentnie niewielki wpływ na nadmierną liczbę zgonów w Wielkiej Brytanii.

Niektóre rządy, korzystając z funduszy farmaceutycznych, spekulowały za pomocą modelowania komputerowego, że bez szczepień nadwyżka zgonów byłaby znacznie wyższa, co uratowałoby miliony istnień ludzkich. Równie nieuzasadnione są przeciwne twierdzenia, że dane pokazują, że szczepienia kosztowały miliony istnień ludzkich. Niniejszy artykuł wykazał, że w przypadku Wielkiej Brytanii może to nie mieć miejsca, ponieważ obecnie dostępne dane

dane mogą nie być wystarczające do udowodnienia obu przypadków przy użyciu istniejących metod.

Niniejszy artykuł wykazał, że w przypadku globalnej epidemiologii pandemii kraje należy podzielić co najmniej na dwie grupy: jedna grupa obejmuje członków takich jak Stany Zjednoczone i Wielka Brytania, którzy znacząco interweniowali za pomocą protokołów medycznych i klinicznych na wczesnym etapie od początku pandemii. Inna grupa obejmuje członków takich jak Australia i Nowa Zelandia, które najwyraźniej nie miały takiej interwencji medycznej do czasu wprowadzenia szczepień przeciwko COVID. (Australia zezwoliła na dobrowolne wspomagane umieranie dopiero niedawno w większości stanów, z wyjątkiem Wiktorii, która po raz pierwszy zezwoliła na to w 2019 r., Ale zdarza się również, że w 2020 r. odnotowano tam najwięcej australijskich zgonów z powodu COVID).

Podsumowanie ustaleń

Pandemia COVID-19 w Wielkiej Brytanii była jatrogenna, ponieważ nie pochodziła od wirusa SARS-CoV-2, ale pochodziła ze stosowania midazolamu w eutanazji, a następnie prawdopodobnie z masowych szczepień. Główne ustalenia potwierdzające ten wniosek są następujące:

- Na początku 2020 r. odnotowano stosunkowo niewiele przypadków infekcji,

wskazując na brak występowania wirusa SARS-CoV-2 w Wielkiej Brytanii.

• Brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia ogłosiła 19 marca 2020 r. brak jakiejkolwiek "choroby zakaźnej o poważnych konsekwencjach", zaprzeczając istnieniu pandemii.

• Ogromny wzrost liczby zgonów przypisywanych COVID-19 był niespójny z brakiem występowania wirusa SARS-CoV-2, który nie został zweryfikowany z powodu niedoborów i zawodności testów PCR.

• Szpitale NHS i Nightingale były w większości puste, co potwierdza
brak pandemii.

• Nadmierna liczba zgonów była rozłożona równomiernie i jednocześnie we wszystkich regionach Anglii, co jest niezgodne z naturalnym zarażeniem.

• Wzrost liczby zgonów we wszystkich regionach był silnie skorelowany z zastrzykami midazolamu, co sugeruje eutanazję, szczególnie osób starszych w domach opieki.

• Po przeprowadzeniu dochodzenia rząd Wielkiej Brytanii, Amnesty International i Komisja ds. Jakości Opieki przyznały, że *"systemowa lub strukturalna dysfunkcja* usług *szpitalnych*" oraz powszechne stosowanie powiadomień *"Nie podejmuj próby resuscytacji krążeniowo-oddechowej"* (DNACPR) w domach opieki przyczyniły się do nadmiernej liczby zgonów w Wielkiej Brytanii.

To, że "szczepienia przeciwko COVID zabijają" zostało udowodnione statystycznie przy użyciu australijskich danych makro, które powinny mieć zastosowanie uniwersalne. Jednak ta przyczynowość nie została potwierdzona dla Wielkiej Brytanii, ponieważ ta sama metoda dowodu nie jest dostępna z brytyjskich danych makro ze względu na mylący wpływ stosowania midazolamu w eutanazji w Wielkiej Brytanii.

Głównym odkryciem tego artykułu jest to, że bardzo wysoka nadwyżka zgonów w 2020 r. w Wielkiej Brytanii była spowodowana interwencją midazolamu, a nie infekcjami SARS-CoV-2, co pokazuje niewiarygodność danych COVID jako dowodu na pandemię SARS-CoV-2, której w marcu 2020 r. brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia odmówiła statusu "choroby zakaźnej o wysokiej konsekwencji".

Wszelkie twierdzenia, że szczepienia COVID uratowały życie, mają niewielką wartość, ponieważ niewiele istnień ludzkich było zagrożonych przez w dużej mierze nieobecnego wirusa SARS-CoV-2 w Wielkiej Brytanii; gwałtowny wzrost tak zwanych zgonów z powodu COVID w 2020 r. był w rzeczywistości zgonami w wyniku eutanazji przy użyciu midazolamu, który pozostaje dominującym wyjaśnieniem przyczynowym pandemii, przeważającym nad innymi czynnikami.

Wstrzyknięcia midazolamu były niezależne od statusu szczepień. W związku z tym nadmierna liczba zgonów spowodowanych przez midazolam była losowo związana ze statusem szczepień, myląc surowe dane dotyczące "zgonów według statusu szczepień", a tym samym unieważniając większość brytyjskich badań opartych na tych wadliwych danych.

Złudzenie, że szczepienia przeciwko COVID-19 były "bezpieczne i skuteczne", było spowodowane tym, że w 2020 r. liczba zastrzyków z midazolamu w Wielkiej Brytanii była bardzo wysoka i zmniejszyła się po szczepieniu, co spowodowało spadek nadwyżki zgonów w czasie, błędnie przypisywany szczepieniom. Ten błąd jest istotny dla uzasadnienia kontynuacji polityki szczepień w Wielkiej Brytanii i Europie.

Większość badań epidemiologicznych dotyczących nadmiernej liczby zgonów w COVID-19

pandemii uwzględniono względny wpływ tylko dwóch czynników: choroby COVID i szczepień COVID. Ze względu na obecność istotnych czynników zakłócających, twierdzenia o zaobserwowanej korelacji między zgonami a szczepieniami w wielu krajach są iluzoryczne.

Tylko te kraje, takie jak Australia, które najwyraźniej były wolne od eutanazji i innych interwencji medycznych, nadają się do epidemiologicznego badania wpływu szczepień na nadmierną liczbę zgonów.

Wnioski

Nadzwyczajny wzrost liczby zgonów w Wielkiej Brytanii w kwietniu 2020 r. nie był spowodowany wirusem SARS-CoV-2, ponieważ było stosunkowo niewiele infekcji i nie było "choroby zakaźnej o poważnych konsekwencjach", jak oficjalnie ogłoszono w marcu 2020 r.

Pandemia COVID-19 w Wielkiej Brytanii była jatrogenna, spowodowana powszechnym i ciągłym stosowaniem zastrzyków z midazolamu we wszystkich regionach Anglii, szczególnie w domach opieki, w ramach systemowej polityki eutanazji. Charakter eutanazji wymaga dalszych badań.

Statystycznie, zastrzyki z midazolamu były silnie skorelowane z nadmierną liczbą zgonów w Wielkiej Brytanii podczas całej pandemii, przeważając nad chorobą COVID-19 lub szczepieniami jako innymi możliwymi wyjaśnieniami nadmiernej śmiertelności.

Midazolam był najczęstszą przyczyną nadmiernej liczby zgonów podczas pandemii, ale prawdopodobnie istniało wiele innych pierwotnych przyczyn, w tym choroby współistniejące, infekcje i szczepienia. Dostępne dane nie są wystarczające, aby zmierzyć dokładny wpływ szczepień na nadmierną liczbę zgonów.

Jest mało prawdopodobne, aby szczepienia uratowały wiele istnień ludzkich, jeśli w ogóle, ponieważ niewiarygodne wczesne dane znacznie wyolbrzymiły liczbę zgonów z powodu COVID, zawyżając zakres zagrożenia SARS-CoV-2, który został następnie przyjęty i prognozowany w modelach komputerowych, które stworzyły iluzoryczne korzyści.

Większość globalnych badań epidemiologii COVID-19, opartych wyłącznie na względnym wpływie choroby COVID i szczepień, jest prawdopodobnie niedokładna, ponieważ ich założenia są generalnie fałszywe ze względu na znaczną obecność czynników zakłócających w niektórych krajach, takich jak Wielka Brytania.

Konflikty i finansowanie

Autor nie ma finansowych ani politycznych konfliktów interesów i jest
nie są finansowane ze źródeł zewnętrznych.

Potwierdzenie

Dziękujemy Lexowi Stewartowi, Jeremy'emu Beckowi i Davidowi Richardsowi za pomocne komentarze.

Referencje

1. Sy W (2023) Wczesne wskazanie długoterminowego wpływu zastrzyków COVID. 26 września 2023 r. https://www.researchgate.net/

publication/374261986_Early_Indication_of_Long-Term_Impact_of_COVID_Injections/stats
2. Sy W (2023) Australijska pandemia COVID-19: Analiza Bradford Hill dotycząca nadmiernej śmiertelności jatrogennej. J Clin Exp Im- munol 8 (2): 542-556. https://www.opastpublishers.com/ open-access-articles/australian-covid19-pandemic-a-brad- ford-hill-analysis-of-iatrogenic-excess-mortality.pdf
3. Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom. CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, FDA News Release. https://www.fda.gov/media/134922/download
4. Corman V, Landt O, Kaiser M, et al. (2020) Wykrywanie nowego koronawirusa 2019 (2019-nCoV) metodą RT-PCR w czasie rzeczywistym, Euro Surveill. 25(3):pii=2000045.
5. Neil M, Fenton N, et al. (2022) Oficjalne dane dotyczące śmiertelności w Anglii sugerują systematyczną błędną kategoryzację statusu szczepień i niepewną skuteczność szczepień przeciwko Covid-19. ResearchGate 12 stycznia 2022 r. https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_miscategorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination.
6. Sy W (2022) Data reporting flaw in plain sight distorting COVID-19 mortality_statistics, ResearchGate, 25 sierpnia 2022. https://www.researchgate.net/publication/374587533_Data_reporting_flaw_in_plain_sight_distorting_COVID-19_mortality_statistics [dostęp 15 października 2023].
7. Centers for Disease Control and Prevention, COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigation and Reporting (Aktualizacja z 23 czerwca 2022 r.), https://www.cdc.gov/coronavi- rus/2019-ncov/php/hd-breakthrough.html#report (dostęp 15 sierpnia 2022 r.).
8. Neil M, Fenton N, McLachlan S (2021) Discrepancies and inconsistencies in UK Government datasets compromise accuracy of mortality rate comparisons between vaccinated and unvaccinated, ResearchGate 20 października 2021. https://www.researchgate.net/publication/355437113_Discrepancies_and_inconsistencies_in_UK_Government_datasets_compromise_accuracy_of_mortality_rate_comparisons_between_vaccinated_and_unvaccinated
9. Office for National Statistics (2023) Metoda szacowania - populacja niezaszczepiona COVID-19. Data wydania: 30 maja 2023 r. https://www.ons.gov.uk/aboutus/transparencyandgovernance/freedomofinformationfoi/estimationmethodcovid19unvaccinatedpopulation
10. Wallace AR (1898) Vaccination a Delusion, Official Evidence in the Reports of the Royal Commission, Swan Sonnenschien & Co., London, 1898. https://iiif.wellcomecollection.org/pdf/ b21356336
11. Office for National Statistics (2023) Deaths registered monthly in England and Wales, Data wydania; 23 sierpnia 2023 r. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/monthlyfiguresondeathsregisteredbyareaofusualresidence
12. Rahmani K, Shavaleh R, Forouhi M, et al. (2022) The effec-

Skuteczność szczepionek przeciwko COVID-19 w zmniejszaniu zachorowalności, hospitalizacji i śmiertelności z powodu COVID-19: Przegląd systematyczny i metaanaliza, Front. Public Health, 26 sierpnia 2022 r., Sekcja Choroby zakaźne: Epidemiologia i Zapobieganie Tom 10 -2022 https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.873596

13. Sy W (2023) Paradoks Simpsona w korelacjach między nadmierną śmiertelnością a zastrzykami Covid-19: studium przypadku pandemii jatrogennej u starszych Australijczyków. Medical & Clinical Research 8(7):01-16. https://www.medclinrese.org/open-ac- cess/simpsons-paradox-in-the-correlations-between-excess- mortality-and-covid19-injections-a-case-study-of-iatrogenic-pandemic.pdf
14. Office for National Statistics (2022) Nadmiar zgonów w Anglii i Walii: Marzec 2020 do czerwca 2022, 20 września 2022. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/excessdeathsinenglandandwalesmarch2020tojune2022/2022-09-20
15. Brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowia. Wytyczne: Choroby zakaźne o poważnych konsekwencjach. https://www.gov.uk/guidance/high-conse- quence-infectious-diseases-hcid
16. Sy W (2023) Australijski nadmiar zgonów: Moving the Goalposts. Principia Scientific International, 29 sierpnia 2023 r. https:// principia-scientific.com/australian-excess-deaths-mov- ing-the-goalposts/
17. Petersen E, Koopmans M, et al. (2020) Porównanie SARS-CoV-2 z SARS-CoV i pandemiami grypy. The Lancet 20: e238-44. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30484-9
18. Naughton L (2021) Interview with Funeral Director, UK: Deaths Jumped 250% When Injections Began, Wywiad z dyrektorem zakładu pogrzebowego Johnem O'Looneyem. BitChute https://www.bitchute.com/video/iopPf0YM6m7C/
19. Alexander P. 2 wykresy danych z Wielkiej Brytanii (2017-2022), jeden dotyczący nadmiernej śmiertelności, drugi dotyczący stosowania silnego środka uspokajającego midazolu; co widzisz pod względem marca 2020 i marca 2021 na obu wykresach? Alexander COVID News - dr Paul Elias, 12 marca 2023 r. https://palexander.substack.com/p/2-graphs-of- uks-data-2017-to-2022
20. OpenPrescribing. Pozycje dla Midazolam 10mg/2ml roztwór do wstrzykiwań ampułki przez wszystkie zespoły regionalne. https://openprescribing.net/analyse/#org=regional_team&numIds=1501041T0A- AAAAA&denom=nothing&selectedTab=chart
21. Światowa Organizacja Zdrowia. Model List Essential Medicines, 26 lipca 2023 r., 23. lista. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371090/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02-eng.pdf?sequence=1
22. Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki. Szybkie wytyczne dotyczące COVID-19: zarządzanie objawami (w tym pod koniec życia) w społeczności, 3 kwietnia 2020 r. https://web.archive.org/web/20200409054527/https:/www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/covid19-rapid-guideline-managing-symptoms-including-at-the-end-of-life-in-the-community- pdf-66141899069893
23. MedlinePlus, Midazolam Injection. US Government National Library of Medicine. https://medlineplus.gov/druginfo/meds/ a609014.html

24. Gamblin V, Berry V, et al. (2020) Sedacja midazolamem w medycynie paliatywnej: badanie retrospektywne we francuskim ośrodku kontroli raka. BMC Palliat Care 19(1):85. doi: 10.1186/ s12904-020-00592-3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ar- ticles/PMC7305615/
25. Frazer JS, Frazer GR (2021) Analiza trendów przedpisywania recept w podstawowej opiece zdrowotnej w Anglii podczas pandemii COVID-19 w porównaniu z modelem predykcyjnym. Fam Med Com- munity Health 9(3):e001143. https://pubmed.ncbi.nlm.nih. gov/34344766/
26. The King's Fund (2021) Liczba łóżek szpitalnych NHS: przeszłość, teraźniejszość, przyszłość, 05 listopada 2021 r. https://www.kingsfund. org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers
27. National Health Service (2020) COVID-19 Hospital Discharge Service Requirements. 19 marca 2020 r. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/911541/COVID-19_hospital_discharge_service_requirements_2.pdf
28. Dyer C (2022) Covid-19: Sędziowie twierdzą, że polityka wypisywania wrażliwych pacjentów do domów opieki była irracjonalna. BMJ 377: o1098 https://www.bmj.com/content/377/bmj.o1098
29. Office for National Statistics (2021) Zgony związane z COVID-19 w sektorze opieki, Anglia i Walia: zgony zarejestrowane między tygodniem kończącym się 20 marca 2020 r. a tygodniem kończącym się 2 kwietnia 2021 r. Data wydania: 11 maja 2021 r. https://www.ons.gov.uk/peopopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinvolvingcovid19inthecaresectorenglandwales/deathsregisteredbetweenweekending20march2020andweekending2april2021.
30. West D (2020) NHS hospitals have four times more empty beds than normal, HSJ, 14 kwietnia 2020 r. https://www.hsj.co.uk/ acute-care/nhs-hospitals-have-four-times-more-empty-beds- than-normal/7027392.article
31. Day M (2020) Covid-19: Szpitale Nightingale mają zostać zamknięte po przyjęciu niewielu pacjentów BMJ 7 maja 2020 r.; 369 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m1860
32. Menage J (2021) Umieranie wspomagane jest otwarte na nadużycia. BMJ 2021;374:n2128. https://www.bmj.com/content/374/bmj. n2128/rr-11
33. National Health Service (2023) Euthanasia and assisted suicide, 12 lipca 2023 r. https://www.nhs.uk/conditions/euthana- sia-and-assisted-suicide/
34. Antunes B, Bowers B, et al. (2020) Anticipatory prescribing in community end-of-life care in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic: online survey. BMJ Supportive & Palliative Care 10:343-349. https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/10/3/343.full.pdf
35. Amnesty International Wielka Brytania. Jakby zbędne: Niepowodzenie rządu Wielkiej Brytanii w ochronie osób starszych w domach opieki podczas pandemii COVID-19. 4 października 2020 r. https://www.amnesty.org/en/documents/EUR45/3152/2020/en/
36. Parlament Zjednoczonego Królestwa. Odpowiedź rządu na COVID-19: implikacje dla praw człowieka, Wspólna Komisja Praw Człowieka, Izba Gmin, Izba Lordów, 21 września 2020 r., https://committees.parliament.uk/publications/2649/documents/26914/default
37. Care Quality Commission, Review of Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation decisions during the COVID-19 pandemic, Interim Report, listopad 2020 r., https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20201204%20DNACPR%20Interim%20Report%20-%20FINAL.pdf
38. Euromomo, Łączna liczba zgonów według grup wiekowych. Wykres i mapy, ostatnia aktualizacja w 44. tygodniu 2023 r. https://www.euro- momo.eu/graphs-and-maps

Copyright: *©2024 Wilson Sy. Jest to artykuł o otwartym dostępie rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution License, która zezwala na nieograniczone wykorzystanie, dystrybucję i powielanie w dowolnym medium, pod warunkiem podania oryginalnych autorów i źródła.*

Zobacz statystyki publikacji