

WIKJE PRIKJE 11

P929851 — ANTWERPEN X — DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT — 4DE JAARGANG

MAZELEN & HPV

**VACCINATIE: WETENSCHAP OF
RELIGIE?**

HET GROTE KANTELPUNT

**VS: 55 (!) ROUTINEDOSISSEN
KINDERVACCINS MINDER**

**FDA ERKENT: MINIMAAL 10
KINDEREN OVERLEDEN DOOR
CORONAPRIKKEN**

**VACCINONTWIKKELAAR THEO
SCHETTERS: “WE MOETEN
GEWOON OPENHEID KRIJGEN”**

JANUARI 2026



Dit Wikje Prikje is het driemaandelijkse papieren magazine van **Preventie Vaccinatieschade**. Het verschijnt in januari, april, juli en oktober.

Verantwoordelijke uitgever:
Kris Panneels, Begijnenstraat 5, 3290 Diest

Vragen, suggesties of opmerkingen?
Mail naar info@vaccinatieschade.be
Website: vaccinatieschade.be

Telefoonnummer: +32 (0)467 33 68 77
Spreek bij afwezigheid gerust iets in, dan bellen we je terug.

Wil je ons financieel steunen?

Stort je bijdrage op:
Preventie Vaccinatieschade
Rekeningnummer:
BE71 1030 8196 5169
Zie
vaccinatieschade.be/steun

Volg ons op social media:



Disclaimer / Waarschuwing

Omtrent vaccinaties — en eigenlijk omtrent alles — heeft niemand de waarheid in pacht. Wij ook niet. We informeren onszelf, en vervolgens onze lezers, zo eerlijk mogelijk. Maar blijf kritisch. Tegenover officiële informatie, maar ook tegenover de onze. "Vertrouw nooit op wie denkt de waarheid in pacht te hebben, maar enkel op wie ernaar blijft zoeken."

Al onze publicaties zijn sowieso louter informatief en **NOOIT ALS MEDISCH ADVIES** bedoeld. Medische keuzes — zoals wel of niet vaccineren — moeten individueel bekeken en met de grootste zorgvuldigheid gemaakt worden, in overleg met een medische professional zoals je huisarts. Ze blijven 100% je eigen verantwoordelijkheid.

Je kunt alle inhoud van deze uitgave volledig of gedeeltelijk overnemen, op voorwaarde dat je het overgenomen ongewijzigd laat en de bron vermeldt. Het is ook fijn als je het ons laat weten.

Wikje Prikje 11

- 03** Voorwoord
- 04** Congres Natuurlijk Immune
- 05** 'Battle For Science' in Apeldoorn
- 07** Covid-19-vaccinaties: de laatste rechte lijn naar de waarheid
- 17** FDA erkent dat zeker tien kinderen stierven door covidprik en kondigt ommekeer in vaccinatiebeleid aan
- 23** Hepatitis B-vaccin niet meer standaard, 55 dosissen minder in routinevaccinatieschema
- 26** De centrale vaccinatiedogma's nu ook juridisch gewikt en overtuigend doorgeprikt
- 33** "Vaccines, amen"
- 37** De paus van de vaccinatiereligie is allesbehalve onfeilbaar
- 43** Studie linkt zuigelingensterfte aan vaccinatie
- 49** Het grote kantelpunt
- 62** Mazelen – 3 onwaarheden
- 63** Als ouder is het nooit te laat om een eerste keer "nee" te zeggen tegen een kindervaccin
- 67** Theo Schetters: "Waarom gaat het vaccineren (tegen corona) door?"
- 75** Onze lezingen over vaccinatie

In de online versie van dit magazine kun je de links (soms onderstreept) uit de artikelen aanklikken. Bijvoorbeeld: vaccinatieschade.be/wikjeprikje

Natuurlijk immuun!

Zo luidt, beste lezer, de titel van het congres dat we op 28 februari in het Antwerpse organiseren. Velen van jullie zijn al ingeschreven; momenteel zoeken we naar een grotere zaal om nog meer geïnteresseerden te kunnen verwelkomen. Want boeiend wordt het: drie gezondheidsprofessionals, waaronder twee artsen, delen hun inzichten en ervaringen omtrent kindervaccinatie en gaan in op de vraag 'Welke tools kun je hanteren als je niet wilt vaccineren?'

Niet vaccineren kan eng zijn in een omgeving die soms erg fanatiek hamert op de gevaren die ons bedreigen als we dat nalaten. Op 5 januari was het weer prijs: een aantal politici drong erop aan onze baby's hun eerste inenting tegen mazelen al op 6 maanden te geven in plaats van de huidige 12. Jammer genoeg staat angst het heldere denken in de weg, want mazelenvaccinatie is gebaseerd op drie pertinenten onwaarheden en is even zinvol als de bij ons niet toegepaste inenting tegen windpokken. In een ander artikel toont onze gastauteur aan dat gezond verstand volstaat om het HPV-vaccin ("tegen baarmoederhalskanker") links te laten liggen.

In de VS worden opvallende stappen teruggezet. Hepatitis B-vaccinatie wordt er niet langer meteen na de geboorte aan alle baby's toegediend en het aantal standaard aanbevolen kindervaccinaties daalt er van zo'n 85 naar 30. Wat corona betreft geeft de FDA nu officieel toe dat minimaal 10 gezonde kinderen – die dus sowieso geen coronavaccin nodig hadden! – aan de gevolgen van die prik gestorven zijn.

In de vorige editie schreven we al over 'An Inconvenient Study', de documentaire van Del Bigtree over een studie uit 2020 die overtuigend aantoonde dat niet-gevaccineerde kinderen vele malen gezonder zijn dan gevaccineerde. De onderzoeker, Marcus Zervos, had die resultaten duidelijk niet verwacht en weigerde ze bekend te maken, naar eigen zeggen omdat hij anders zijn carrière op het spel zette. In 2025 kwam de studie toch uit. Bigtree komt op 10 februari spreken in Nederland, samen met tal van prominente wetenschappers.

"Persoonlijk denk ik dat we in de laatste rechte lijn zitten van volledige transparantie rond het hele vaccinatiegebeuren in het algemeen en de Covid-19-vaccins in het bijzonder", schrijft onze zelfde gastauteur. "We moeten gewoon openheid krijgen", benadrukt ook gepensioneerd vaccinontwikkelaar Theo Schetters in een boeiend interview. Want vandaag heeft vaccinatie al te veel kenmerken van een religie: dogma's die geen twijfel verdragen, priesters, een paus en rituele bezweringen. Daarvan maakte de Amerikaanse advocaat Aaron Siri een intrigerende analyse.

Veel leesplezier!

Team Preventie Vaccinatieschade



Ons congres 'Natuurlijk Immuun': zeg het door!

Op onze website of in onze mailings heb je misschien al gezien dat we op 28 februari 2026 een congres organiseren met als titel 'Natuurlijk Immuun'.

Hartelijk welkom! Het is een laagdrempelig evenement voor (toekomstige) ouders, grootouders en iedereen met interesse in het thema gezondheid en vaccinatie. Drie gezondheidsprofessionals – onder wie twee artsen – zullen er het woord nemen.

Op het moment van het inblikken van dit tijdschriftnummer is het congres uitverkocht, maar kijken we uit naar een grotere zaal. Daarom: schrijf je gerust alsnog in! Dan krijg je een seintje zodra er (weer) plaats is.

Je kunt ook nog altijd het flyerje hiernaast op papier bezorgd krijgen in een aantal exemplaren (3, 5, 10 ...) als je dat wilt helpen verspreiden. Vraag er aan via erde@vaccinatieschade.be.

Aanmelden voor het congres doe je via <https://vaccinatieschade.be/natuurlijk-immuun>.



CONGRES
NATUURLIJK IMMUUN
ZA 28 FEB 2026

10u-11u
Een arts aan het woord over vaccinaties

11u-12u30
Een zorgprofessional deelt haar ervaringen met kindervaccinaties

12u30-13u30
Lunch

13u30-14u
Preventie Vaccinatieschade: achtergrond en toekomst

14u-15u
Welke tools kan je hanteren als je niet wil vaccineren?
De kracht van de natuur

15u-15u15
Pauze

15u15-16u15
Als ouder/zorgverlener in je kracht staan in je keuzes
Een sessie over 'empowerment'

16u15-17u30
Napraten

Locatie: in het Antwerpse
WWW.VACCINATIESCHADE.BE

Wetenschap en gezondheid: groot congres op 10 februari in Apeldoorn



Een ander razend interessant evenement vindt plaats op dinsdagavond 10 februari 2026 in Apeldoorn onder de titel "Battle For Science". In de woorden van organisator LightHouseTV: "De documentaire 'An Inconvenient Study' (zie ons artikel 'Beschermd of beschadigd? De studie die niet gepubliceerd mocht worden' in Wikje Prikje 10, pagina 26-34) opende de debatten over het failliet van de wetenschap. Een ongunstige uitkomst van een vaccinstudie werd niet gepubliceerd omdat het carrière moord zou zijn. (...) Leven we dan echt in een wereld waarbij Big Pharma de dienst uitmaakt en wetenschappers in hun greep heeft? En is dit alleen maar het geval in deze branche of speelt dit ook in andere wetenschappelijke disciplines? Het antwoord is helaas "ja" en is daarom is "BattleForScience" zo toepasselijk."

Sprekers zijn onder meer de maker van bovengenoemde documentaire Del Bigtree (VS), cardioloog dr. Peter McCullough (VS), microbioloog dr. Sucharit Bhakdi (Duitsland), dr. Vibeke Manniche (Denemarken), biomedisch ingenieur Ivor Cummins (Ierland), geneticus dr. Alexandra Henrion-Caude (Frankrijk), klinisch psycholoog prof. dr. Mattias Desmet (België), immunoloog prof. dr. Theo Schetters (Nederland), WHO-klokkenluider dr. Astrid Stuckelberger, infectioloog prof. dr. Martin Haditsch (Oostenrijk), prof. dr. Ronald Meester (Nederland), prof. dr. Andreas Kinneging (Nederland), epidemioloog dr. Dick Bijl (Nederland), wetenschapsjournalist Marcel Crok (Nederland), bioloog dr. Maarten Fornerod (Nederland) en data-analist Maurice de Hond (Nederland).

Wat ik waardeer is dat de organisatoren bewust zoeken naar 'tegenspraak', door sprekers met andere visies uit te nodigen: "Uiteraard zijn we ook druk bezig met het werven van tegenspraak. Dat zal niet makkelijk zijn maar we proberen het wel. Hierover later meer."

Zoals de organisatoren opmerken, is het nuttig de documentaire 'An Inconvenient Study' vooraf te bekijken. Met Nederlandse ondertitels kan dat via onderstaande video:



Info en inschrijven: www.lighthouse.tv.nl/battleforscience#info



Covid-19-vaccinaties: de laatste rechte lijn naar de waarheid

Robert Kennedy heeft sinds zijn beëdiging als HHS-secretaris – zeg maar minister van Volksgezondheid – al heel wat in gang gezet:

- Op 13 februari 2025 werd de “Make America Healthy Again”-commissie (MAHA) opgestart (“Executive Order 14212”); haar rapport werd op 23 mei 2025 gepubliceerd;
- Op 27 mei 2025 werden de Covid-19-aanbevelingen ingeperkt en werd de federale aanbeveling voor Covid-19-vaccinatie van gezonde kinderen en zwangere vrouwen ingetrokken;
- Op 9 juni 2025 werd het volledige ACIP-team ontslagen. Alle 17 leden van dat CDC-vaccinadviescomité moesten eruit met als motief het “vertrouwen” te herstellen;
- Op 25 juni 2025 werd beslist dat er voortaan een extra myocarditis-waarschuwing op mRNA-etiketten moet;
- Op 5 augustus 2025 werd een half miljard dollar aan mRNA-projecten (22 contracten) stopgezet (of correcter, naar andere platformen geleid);
- Op 19 september 2025 heeft het nieuwe ACIP besloten om de Covid-19-vaccinatie niet meer aan alle volwassenen aan te bevelen. Het gecombineerde mazelen-, bof-, rodehond- en waterpokkenvaccin (BMRV) zou tot de leeftijd van vier jaar worden uitgesteld (dat geldt niet voor het mazelen-bof-rodehondvaccin zoals dat ook bij ons bestaat). Over het hepatitis B-vaccin werd voorlopig de stemming uitgesteld (*die vond uiteindelijk op 5 december plaats, zie apart artikel elders in dit nummer*);
- Kennedy kondigde ook aan dat nieuwe vaccins placebogecontroleerde testen moeten doorlopen.

Ook in de wetenschappelijke wereld zien nu meer en meer studies het licht die op zijn minst veiligheidssignalen geven over de covidprikken, onder meer door te wijzen op de stijging van de ‘All Cause Mortality’ (oversterfte).

Verder verwacht de MAHA-gemeenschap vanaf 3 oktober een grootse documentaire getiteld ‘An Inconvenient Study’ (*het gaat om de inmiddels uitgekomen documentaire vermeld op pagina 5-6 van dit nummer*). Het betreft een belangrijk retrospectief vergelijkend onderzoek door dr. Marcus Zervos, hoofd infectieziekten bij Henry Ford Health in Detroit, tussen gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen, waarbij de gezondheidsresultaten op de lange termijn van 18.468 proefpersonen werden onderzocht.

Uit dat onderzoek bleek dat gevaccineerde kinderen meer last hebben van astma, van acute en chronische oorontstekingen, van spraakstoornissen, van hersenstoornissen, van diabetes, van leerproblemen, van verstandelijke beperkingen, van tics en van andere psychologische stoornissen. (*Zie reeds ons artikel ‘Beschermd of beschadigd?’ in Wikje Prikje 10, pagina 26-34.*)

In België steken Van Damme en Van Ranst en met hen de hele goegemeente hun kop in het zand en blijven ze verkondigen hoe veilig en werkzaam en belangrijk de vaccins allemaal zijn!

Op 1 september werd ook de jaarlijkse herfstcampagne voor covid- en griepvaccinatie afgetrapt. Zie allesovervaccineren.be, waar we lezen:

- Vaccinatie tegen Covid-19 is in Vlaanderen mogelijk vanaf de leeftijd van 6 maanden. Vaccinatie is aanbevolen voor iedereen vanaf 65 jaar (ook als je je gezond voelt!), personen die lang in een zorgvoorziening wonen (WZC, VAPH ...), personen met onderliggende gezondheidsproblemen, en de mensen met wie ze samenwonen, personen die werken in de zorgsector en zwangere vrouwen.
- De meest voorkomende bijwerkingen van de coronavaccins zijn een pijnlijke en soms wat gezwollen (rode) plek op de injectieplaats, vermoeidheid, hoofdpijn, spierpijn en koorts. Soms kan je blijkbaar ook last hebben van gezwollen lymfeklieren ...

Je vraagt je soms af in welke wereld die mensen leven dat ze hier nog steeds zo licht overheen gaan. Persoonlijk denk ik dat we in de laatste rechte lijn zitten naar volledige transparantie rond het hele vaccinatiegebeuren in het algemeen en de Covid-19-vaccins in het bijzonder.

Farmanet is de centrale databank in België met gegevens over de farmaceutische verstrekkingen die de openbare apotheken afleveren en die de verplichte ziekteverzekering vergoedt.

De farmaceutische kengetallen zijn geordend volgens het internationale classificatie systeem (WHO-FIC) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

De kengetallen zijn uitgedrukt in DDD (Defined Daily Dose). DDD is een term voor het behandelingsvolume, gebaseerd op de gemiddelde hoeveelheid van een geneesmiddel dat dagelijks nodig is voor de behandeling van een volwassen patiënt, voor de belangrijkste indicatie van dat geneesmiddel.

Farmanet: update van de geneesmiddelenconsumptie voor 2024

Tot die tijd ploeter ikzelf ook maar verder. Ik heb voor vaccinatieschade.be ook dit jaar weer de farmaceutische kengetallen opgevraagd bij de afdeling Farmanet van het RIZIV. Hieronder bij wijze van illustratie een van de melkkoeien van Big Pharma: de verkoop van statines.

Statines

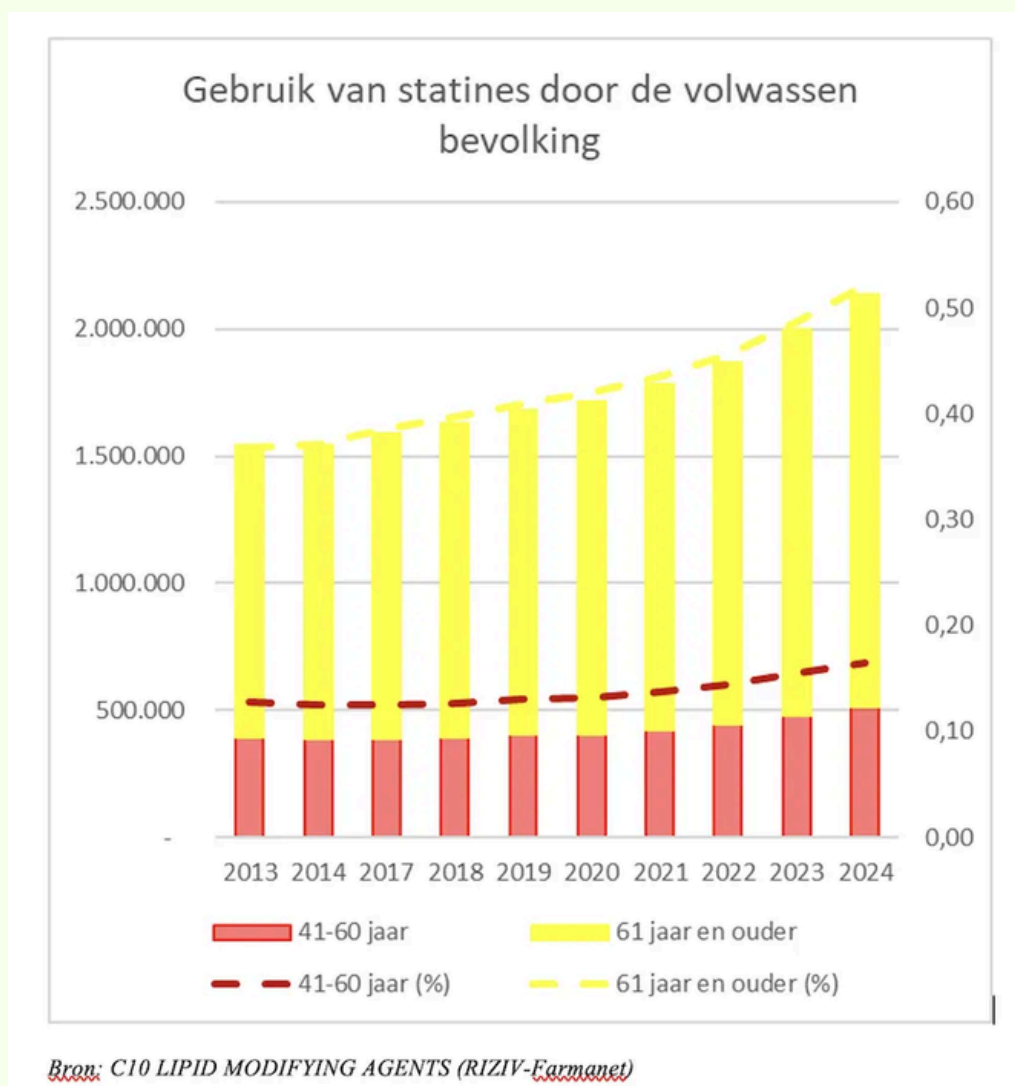
	2013	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0 - 20 jaar	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
21 - 40 jaar	7,1	6,8	6,7	6,9	7,2	7,3	7,9	8,4	9,5	10,5
41 - 60 jaar	127,3	124,8	124,4	126,2	129,9	131,0	136,9	143,3	154,6	164,8
61 - 80 jaar	413,6	414,4	429,2	439,8	454,0	463,8	479,4	500,8	534,0	566,6
81 jaar en ouder	340,1	350,4	372,7	386,5	400,0	416,3	440,1	462,8	497,0	554,9

Bron: C10 LIPID MODIFYING AGENTS (RIZIV-Farmanet)

Bevindingen:

- In de leeftijdsgroep boven de 60 jaar zien we, sinds 2022, dat er dagelijks meer dan 500 dosissen statines per 1000 personen geconsumeerd worden. In 2024 zijn dat er al meer dan 550 per dag.
- Omdat statines medicijnen zijn die dagelijks geslikt worden weten we gelijk dat, binnen de leeftijdsgroep boven de 60 jaar, sinds 2022 dagelijks meer dan 50% van de mensen een dosis statines inneemt. In 2024 is dat al meer dan 55%.
- In de categorie 41-60 zit ook al 1 op 6 personen aan de statines.

Ook dit jaar tracht ik inzichtelijk te maken over hoeveel mensen het hier gaat en tracht ik de consumptiestijging van bepaalde leeftijdscategorieën te visualiseren.



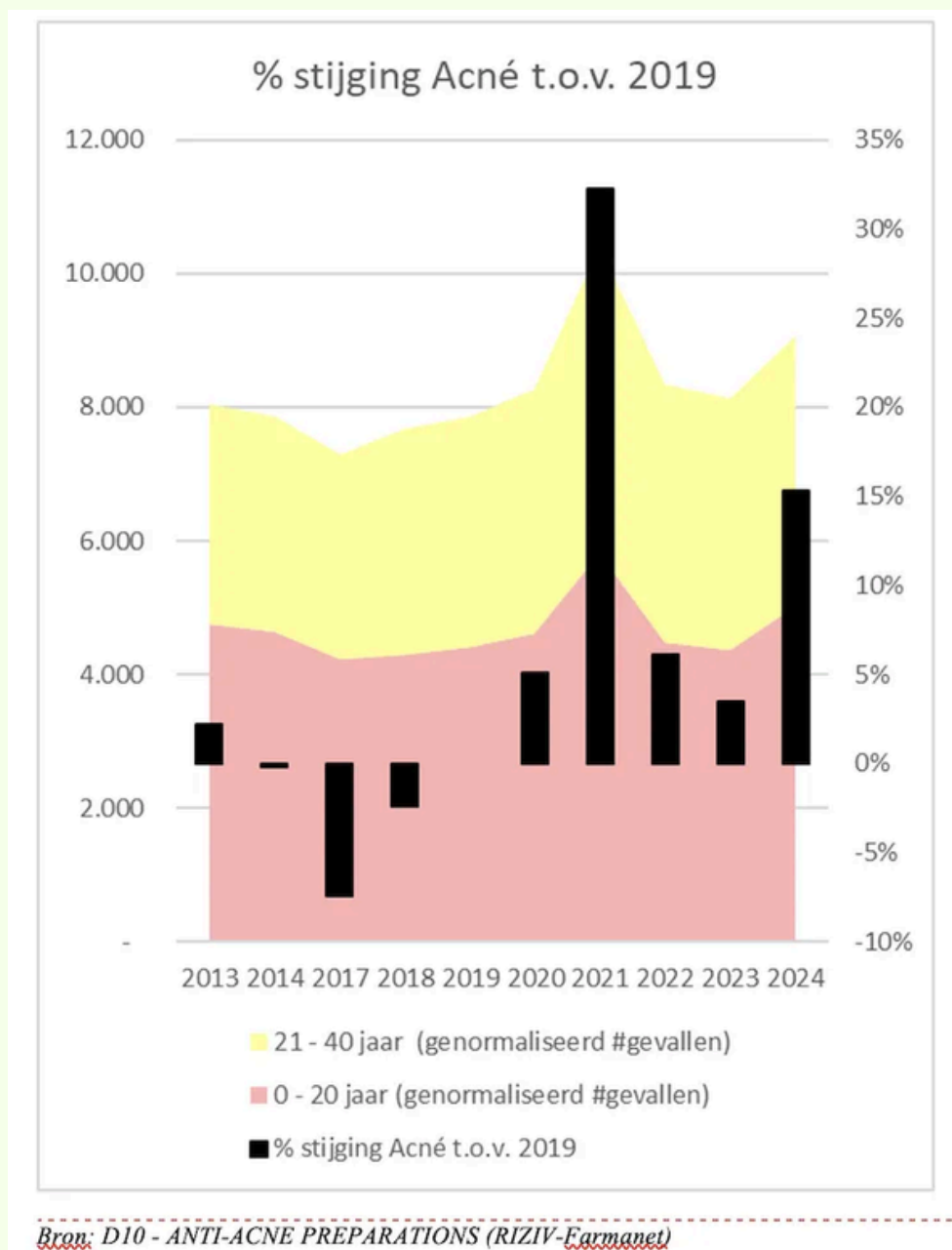
De schaal aan de linkerkzijde toont het totaal aantal dagelijkse dosissen. Let wel, het aantal dosissen/mensen in de jaren 2013-2023 is genormaliseerd met het bevolkingsaantal van 2024. De linkse schaal toont dus niet voor DAT jaar hoeveel dosissen/mensen het betrof, maar hoeveel dosissen/mensen het vandaag (in de hedendaagse populatie) zou betreffen met het verbruik in dat jaar.

Belangrijkste besluiten:

- De marketingmachine zorgt voor een stabiele groei.
- De coronapaniek noch de coronamaatregelen hebben voor enige commotie gezorgd. Het gebruik van statines groeide rustig en stabiel door ...

De opstoot van acne in 2021

Een heel mooi voorbeeld van een 'waarschijnlijk' impactje van de vaccinaties lijkt het opstootje van acne in 2021 te zijn.

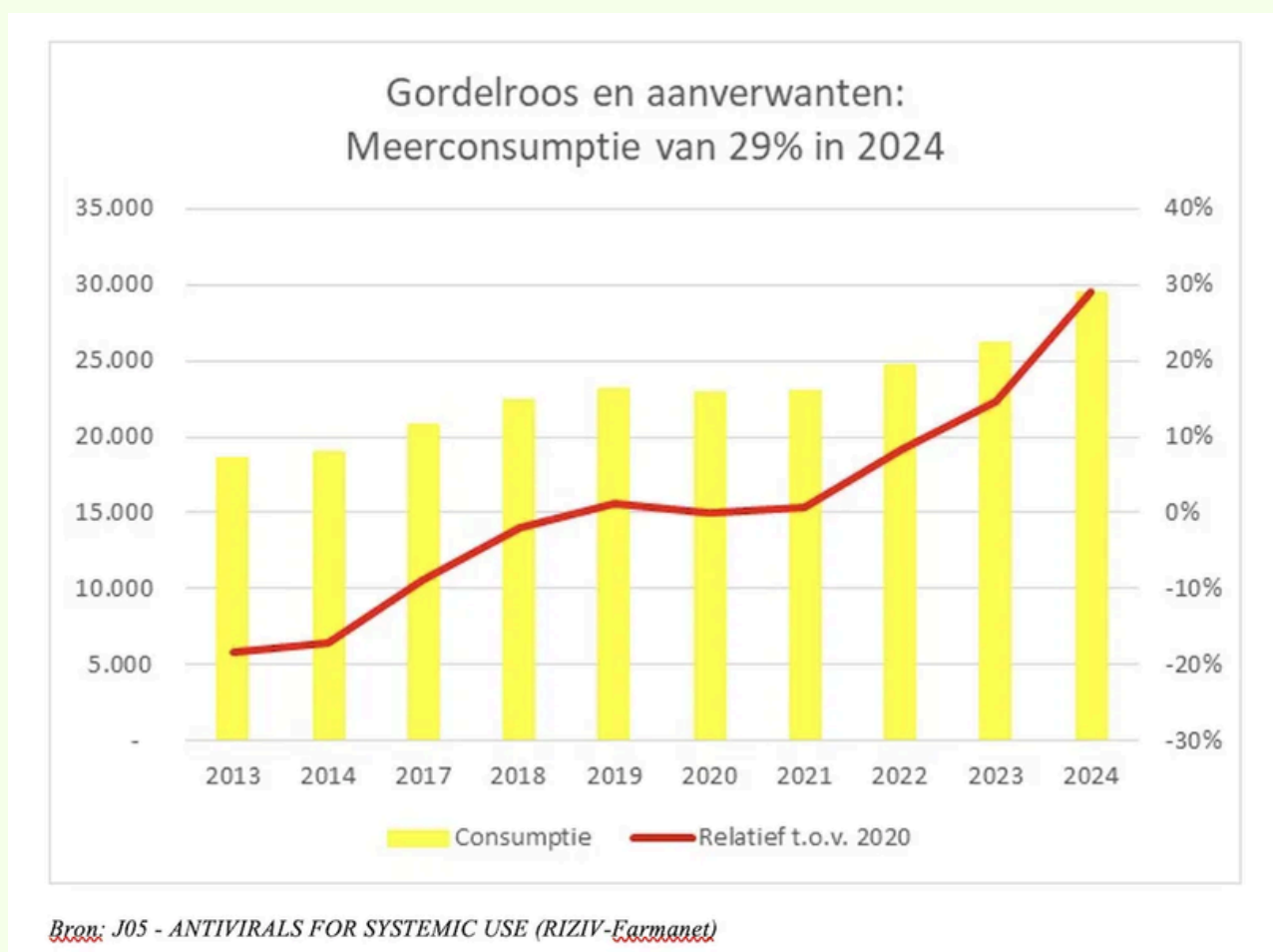


Het betreft maar een beperkt aantal personen: zo'n 2.000 mensen die gedurende 1 jaar acnemedicatie gebruikt hebben, of zo'n 24.000 mensen die gedurende 1 maand acnemedicatie gebruiken, of zo'n 48.000 mensen die medicatie namen voor een acnebehandeling van 2 weken. En het was beperkt in de tijd: enkel in 2021! Maar het betrof al bij al wel even een stijging van 30% ...

Ook in 2024 zien we toch weer een beperkt opstootje waar ik helaas geen directe verklaring voor heb.

Gordelroos en zona

Omdat er in 2023 een 'factcheck' op gezondhedenwetenschap.be was die stelde dat er 'Geen verband tussen zona en Covid-19-vaccins' was, neem ik er sinds dan telkens ook maar even de J05-medicatiegroep bij.



De stijging is niet dramatisch en ook tussen 2013 en 2020 hadden we al 19% stijging, maar 8,3% in 2022 en tot 29% in 2024 zijn toch significanter.

Merk op dat de cijfers niet willen zeggen dat er in 2022 ongeveer 25.000 mensen last hadden van gordelroos, maar wel dat er elke dag gemiddeld 25.000 mensen een kuur van zona-uitbraakmedicatie genomen hebben, ofte dagelijks 2.000 mensen meer dan ervoor. In 2024 zijn dat tot zowat 7.000 mensen per dag meer dan in 2020.

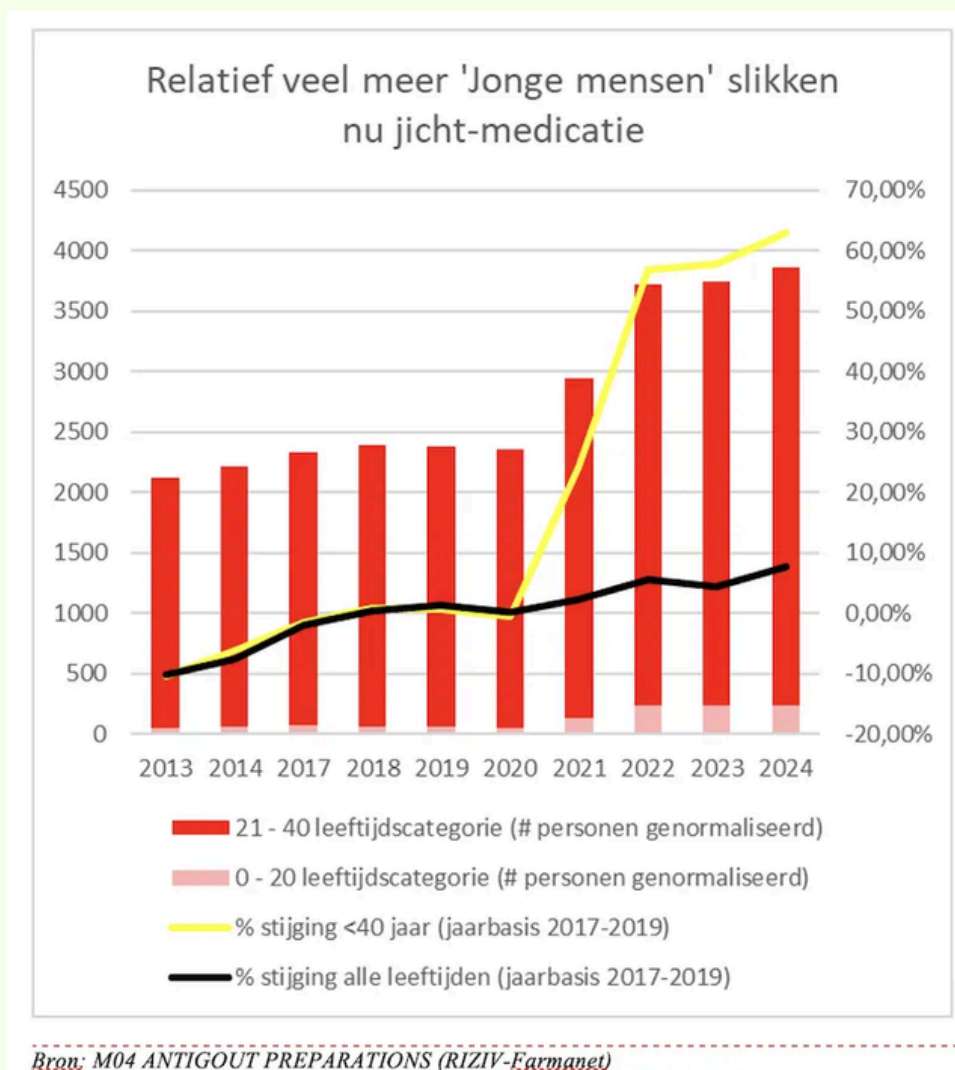
Een hoop mensen neemt geen medicatie, andere gedurende een paar weken ... Dus een voorzichtige schatting is dat er 40.000 (in 2022) tot 140.000 (in 2024) extra mensen een gordelroosuitbraak meegemaakt hebben.

Je zou voor minder gevallen de wenkbrauwen gaan fronsen. Het zou me niet verbazen dat de vaccins, waarvan er vermoedens van neurologische bijwerkingen zijn, voor een bijkomende negatieve invloed zorgen.

Ontstekingsreacties in het (hele) lichaam!

Aan de mRNA-techniek wordt ook het uitlokken van diverse ontstekingsreacties (op niet voorspelbare locaties in het lichaam) toegeschreven.

Ook dat zagen we eerder al terug in de RIZIV-cijfers. Zo lijkt er in 2022 voor 57% meer aan jicht-medicatie te zijn geconsumeerd (t.o.v. 2020). En evenzo in 2023 en 2024!

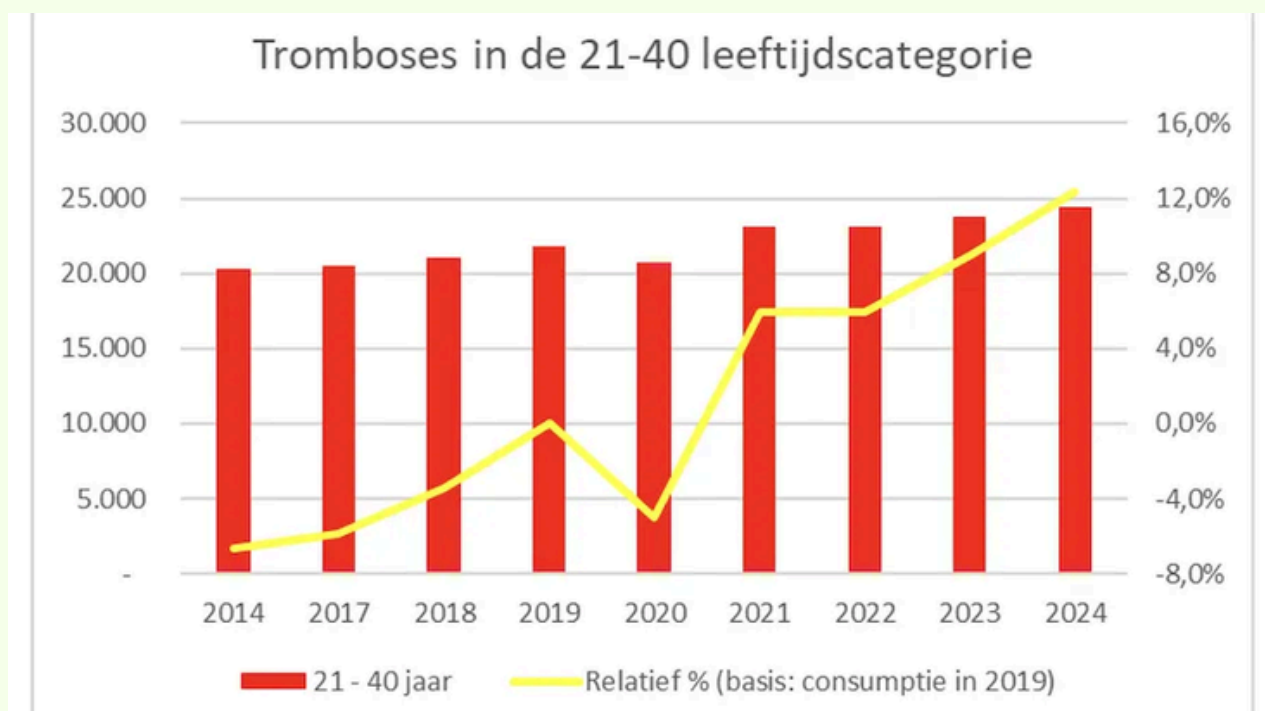


Meerconsumptie van trombosemedicatie

Een verhoogd risico op tromboses is een erkende bijwerking van de mRNA-covidvaccins.

De trombosemedicatie vóór Covid-19 was tussen 2014 en 2019 met (slechts) 6,6% gestegen. In 2020 zakte de consumptie even terug, maar ze is daarna sterker dan ooit blijven stijgen tot zeker al in 2024.

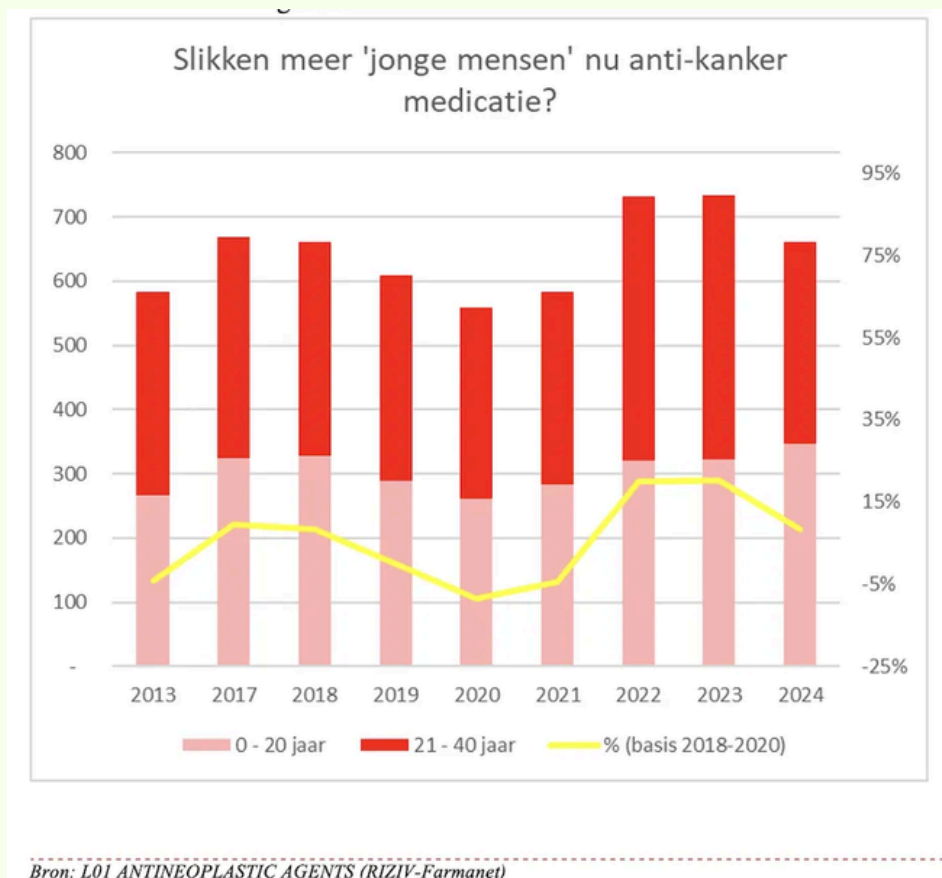
Er is in totaal een stijging van 12,3% t.o.v. het referentiejaar 2019 en van 18,3% t.o.v. het jaar 2020. Dit is opnieuw best verontrustend!



“Turbo-kankers”?

Een andere controverse is dat de mRNA-vaccins waarschijnlijk wel eens mede verantwoordelijk kunnen zijn voor het ontstaan van turbo-kankers.

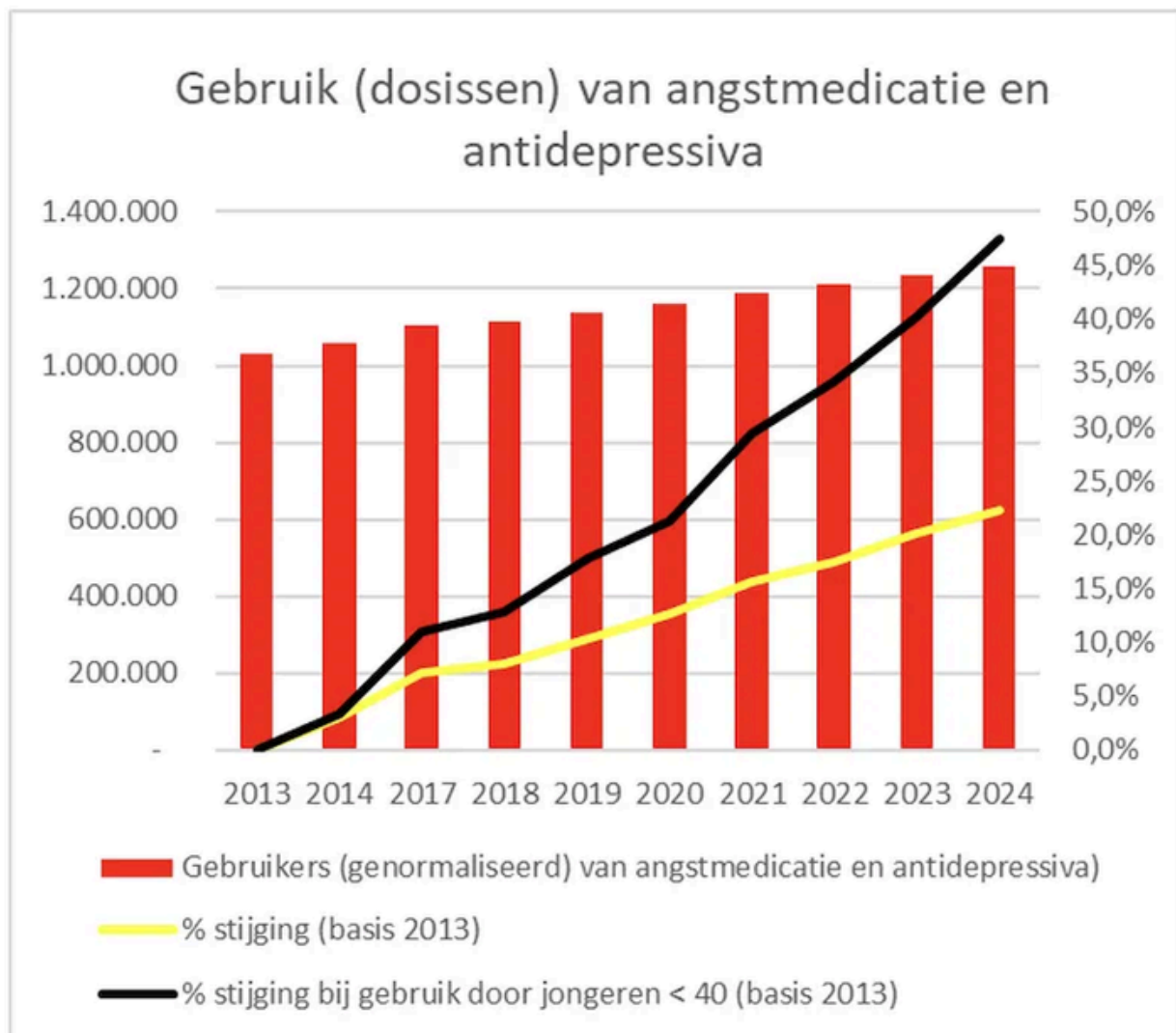
Omdat dit zo'n complex probleem is heb ik me beperkt tot de mensen jonger dan 40 jaar, bij wie kankers extreem uitzonderlijk zouden moeten zijn ... In Farmanet konden we tijdens de jaren van de massavaccinatie wel degelijk een stijging van 20% vaststellen. Ondertussen is de consumptie van kankermedicatie weer gezakt.



Angstmedicatie en antidepressiva

In 2022 werden er dagelijks 1,2 miljoen dosissen aan angstmedicatie en antidepressiva (of meer correct, aan psychoanaleptica en psycholeptica) naar binnen gewerkt. In 2024 is dat al opgelopen tot zo'n 1,26 miljoen dosissen.

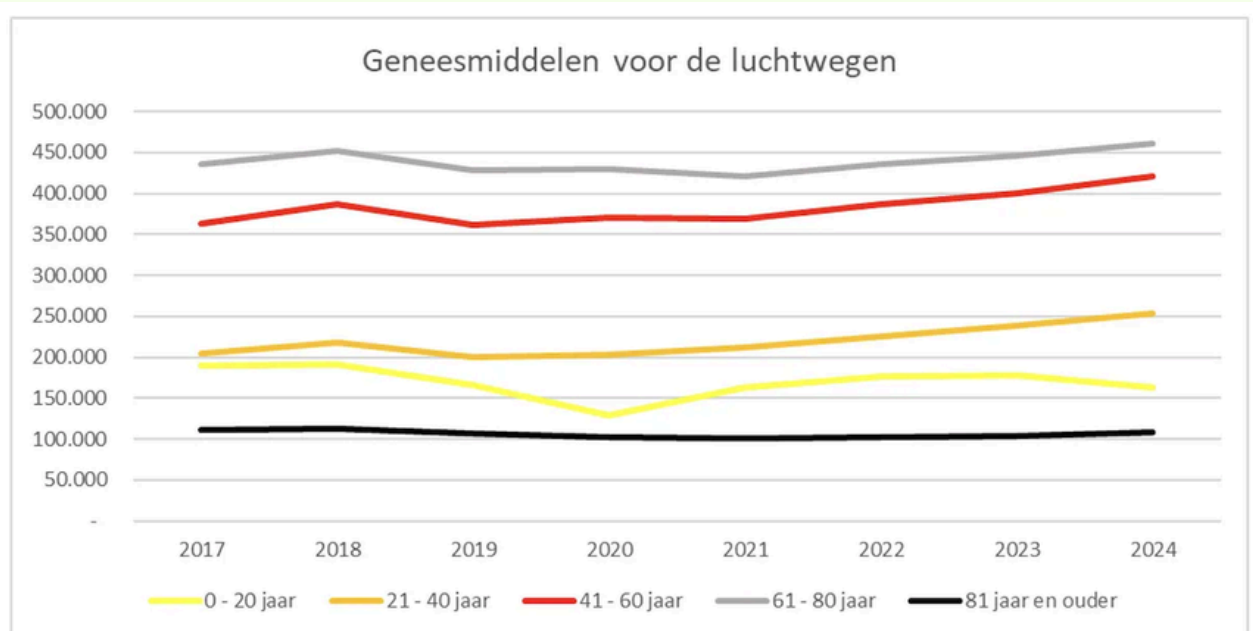
Professor Mattias Desmet stelt dat onze maatschappij al langer aan het wegglijden is in een spiraal van angst en psychisch onbehagen. We zien in de leeftijdscategorie van de mensen onder 40 jaar in 10 jaar tijd een stijging met bijna 50%. De angstmakerij tijdens de coronaperiode heeft het proces waarschijnlijk zelfs nog in een stroomversnelling gebracht.



Bron: N06 PSYCHOANALEPTICS + N05 PSYCHOLEPTICS (RIZIV-Farmanet)

Geneesmiddelen voor de luchtwegen

De onderstaande statistiek toont ons de consumptie van geneesmiddelen voor de luchtwegen. Het interessante in deze statistiek is dat je tijdens het coronajaar geen stijging ziet in de consumptie van geneesmiddelen voor de luchtwegen ... en dat voor een respiratoir virus dat voor 250.000 overlijdens in België zou zorgen.



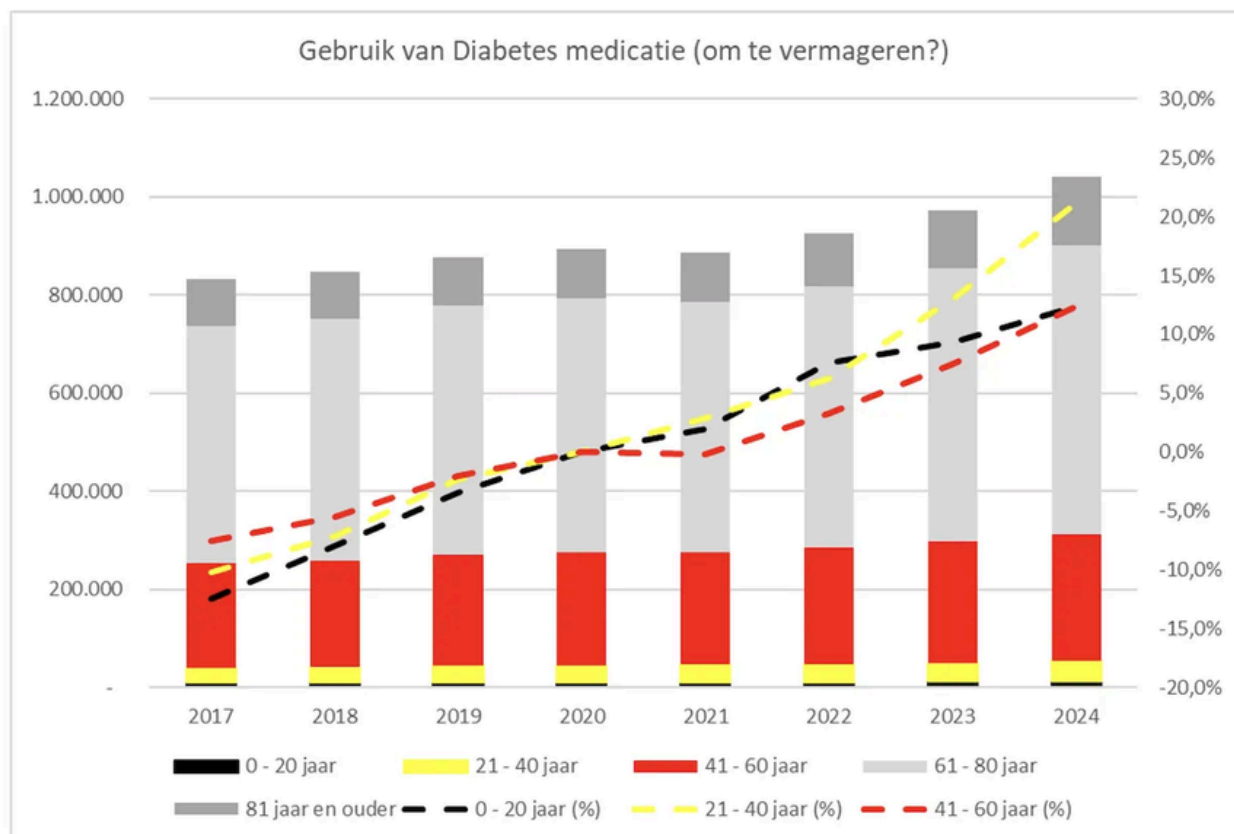
Bron: R01 - NASAL PREPARATIONS, R03 - DRUGS FOR OBSTRUCTIVE AIRWAY DISEASES, R05 - COUGH AND COLD PREPARATIONS, R06 - ANTIHISTAMINES FOR SYSTEMIC USE (RIZIV-Farmaceut)

Er is echter nog wat bijkomends op te merken. We zien dat het verbruik tot 2020 min of meer stabiel bleef, maar tussen 2020 en 2024 in de leeftijdscategorieën onder de 60 jaar met zo'n 19% gestegen is. Het is ondertussen een publiek geheim dat hoe meer iemand gevaccineerd is tegen corona, hoe gevoeliger die persoon zou zijn om toch covid aan te trekken. Is het dat wat we hier zien?

Ozempic & co!

De laatste statistiek toont ons de stijging in het gebruik van diabetesmedicatie. Een stijging die niet direct veroorzaakt wordt door het virus, noch door de vaccins, maar doordat blijkbaar veel mensen het medicijn gebruiken om gewicht te verliezen.

De statistiek is vooral interessant omdat die veel aandacht krijgt in de media en de politiek en dat terwijl de stijging tussen 2020 en 2024 gemiddeld 'slechts' op 16% ligt, weliswaar met een uitschieter boven 20% bij de 21-40-jarigen. Percentages die we ook in de andere statistieken zagen maar waar geen haar naar kraait ...



Bron: A10 DRUGS USED IN DIABETES (RIZIV-~~Ermanet~~)

Disclaimer!

Dat de Covid-19-vaccins hier voor iets tussen zitten is slechts een hypothese natuurlijk. Ik ben geen arts en kan dus niet vaststellen wat de oorzaak is van de meerconsumptie. Misschien ligt het zelfs aan de dosissen en de geneesmiddelverpakking, of aan het hamstergedrag van de mensen. Of zijn de medische problemen te wijten aan de klimaatopwarming, of aan het fijnstof, of aan de CO₂, of aan de PFOS, of aan de bedwantsen, of aan de stress door de oorlogen in Oekraïne en Gaza, of aan de stress door de antivaxers met hun irritante meningen ... Wie zal het zeggen ...

Gastauteur Kurt Wayenberg, 1-10-2025



FDA erkent dat zeker tien kinderen stierven door covidprik en kondigt ommekeer in vaccinatiebeleid aan

Opschudding in de Verenigde Staten. Op 29 november 2025 berichtte *The Washington Post* dat Vinay Prasad, een hoge ambtenaar binnen de FDA (Food and Drug Administration), met zijn team tot de conclusie was gekomen dat de coronavaccins hadden bijgedragen tot de dood van op z'n minst 10 kinderen. Dat schreef hij in een interne e-mail aan de medewerkers van het Center for Biologics Evaluation and Research (CBER), waarvan hij sinds mei 2025 aan het hoofd staat. Dat centrum heeft tot taak erop toe te zien dat biologische producten, waaronder vaccins, 'veilig en effectief' zijn; daarom noemt de krant Prasad 'de hoogste vaccinregulator van het land'. Om zulk falen in de toekomst te voorkomen, stelt Prasad een grondige herziening van de goedkeuringsregels voor vaccins voor.

Hoofdpunten uit de e-mail van Prasad

Deze samenvatting is gemaakt door AI en vervolgens aangepast en aangevuld

Sterfgevallen bij kinderen door Covid-19-vaccins

- CBER-medewerkers (met name het team van het OBPV, het Office of Biostatistics and Pharmacovigilance) hebben een analyse uitgevoerd van VAERS-meldingen (vrijwillige rapportages van bijwerkingen) en geconcludeerd dat minstens 10 kinderen zijn overleden als direct gevolg van Covid-19-vaccinatie (*waarschijnlijk of mogelijk toe te schrijven*).
- Dit aantal is een onderschatting vanwege onderrapportage en bias in toeschrijving. De analyse omvat 96 sterfgevallen tussen 2021 en 2024, waarvan ten minste 10 aan het vaccin worden gelinkt.
- Prasad benadrukt dat dit een "ingrijpende onthulling" is: voor het eerst erkent de FDA dat Covid-19-vaccins Amerikaanse kinderen hebben gedood. Het gaat om gezonde kinderen tussen 7 en 16 jaar, die een minimaal risico liepen om te overlijden aan covid, maar die onder de regering-Biden tot vaccinatie "gedwongen" werden door school- of werkverplichtingen.

Achtergrond en kritiek op het optreden van FDA en CDC

- Prasad verwijst naar eerdere signalen, zoals myocarditis (hartontsteking), die vooral jonge jongens trof – een omgekeerd patroon vergeleken met Covid-19 (dat ouderen harder treft): "Het risico op myocarditis als gevolg van covidvaccinatie bij jonge, gezonde jongens en mannen bedroeg in de kwetsbaarste bevolkingsgroepen wel 200 à 330 per miljoen dosissen."
- Hij beschuldigt de CDC van het **bewust en leugenachtig negeren** in mei 2021 van het signaal van myocarditis dat toen voor het eerst door Israël was opgemerkt.
- Hij bekritiseert de FDA voor het **uitstellen van de erkenning** van die bijwerkingen, met de bedoeling de vergunning voor het vaccin te kunnen uitbreiden naar jongere kinderen (12-15 jaar).

- Nadat Prasad en anderen in een **peer-reviewed onderzoek in 2022** hadden aangetoond dat Covid-19-boosters, die op scholen vaak verplicht waren, per saldo schadelijk waren voor jongemannen, verzuimden FDA en CDC hun plicht, aldus Prasad. Ze hadden snel kunnen ingrijpen door bijvoorbeeld de doseringen meer te spreiden of er minder te laten toedienen aan wie eerder Covid-19 had doorgemaakt, maar dat deden ze niet.
- Prasad vraagt zich af waarom de FDA de gemelde sterfgevallen niet eerder onderzocht: "Waarom heeft het tot 2025 geduurd om deze analyse uit te voeren en de nodige verdere maatregelen te nemen? Tussen 2021 en 2024 zijn sterfgevallen gemeld, die jarenlang zijn genegeerd. Ik vermoed dat het antwoord **cultureel en systemisch** is."

Weerlegging van veelgehoorde tegenargumenten

- **Covid- vs. vaccin-myocarditis:** Prasad weerlegt dat covid meer myocarditis veroorzaakt dan vaccins, vanwege methodologische fouten in studies (verkeerde denominators, geen focus op jongeren, en het feit dat vaccins transmissie niet voorkomen).
- **Nettobalans:** er is geen betrouwbaar bewijs dat vaccins meer levens redden dan schade bij gezonde kinderen; covid is zelden dodelijk voor hen, en VAERS onderrapporteert sterfgevallen.

Toekomstvisie

- Prasad pleit voor een verschuiving naar **evidence-based medicine** (zie 'koerswijziging' hieronder).
- Hij nodigt uit tot interne discussie, maar waarschuwt tegen lekken (illegaal en onethisch). Wie het oneens is, moet ontslag indienen.
- Doel: **vaccins behandelen als elk ander medicijn** – met strenge eisen voor het wetenschappelijk bewijs, zonder uitzonderingen. "Vaccins zullen worden behandeld zoals alle andere soorten medicatie – niet beter of slechter dan AAV-vectoren, monoklonale antilichamen of antisense-oligonucleotiden."

Hij besluit: *"Ik kijk ernaar uit om met u samen te werken, van u te leren, met u te discussiëren en met u te communiceren over onze gezamenlijke missie: vaccinwetenschap naar het niveau van de 21e-eeuwse evidence-based geneeskunde tillen."*

Koerswijziging: eindelijk wetenschappelijk bewijs voor vaccins vereist

Wat vaccincritici al decennia zeggen, wordt vandaag door deze Amerikaanse overheidsfunctionaris officieel bevestigd: tot nu toe worden vaccins niet volgens dezelfde wetenschappelijke criteria onderzocht als andere medicijnen. Vaak wordt, voor een vaccin op de markt komt, enkel aangetoond dat het een bepaalde hoeveelheid antilichamen opwekt, maar daarmee is niet bewezen dat het effectief ziekte, ziekenhuisopname of sterfte voorkomt (en al evenmin dat het veilig is), de zogeheten 'klinische eindpunten'. Als het van de CBER afhangt, verandert dat vanaf nu.

Daarmee sluit Prasad aan bij de koerswijziging die gezondheidsminister Kennedy had ingezet, zoals we in juni en juli 2025 in enkele artikels toelichtten (zie *referenties onderaan het artikel over hepatitis B-vaccinatie elders in dit nummer*). Kennedy zorgde onder meer voor een volledig nieuwe samenstelling van het ACIP, het vaccinatie-adviescomité van de CDC, met de bedoeling dat vrij te maken van belangenverstrengeling. Op 19 september 2025 besliste het ACIP de algemene aanbeveling voor Covid-19-vaccinatie te vervangen door een individuele beslissing in overleg met de arts.

- Wat vaccins bij **zwangeren** betreft, wil Prasad voor alle vaccins – dus niet alleen die tegen Covid-19 – het gebruik van 'surrogaat-eindpunten' verbieden: voortaan zal de FDA vaccins voor zwangeren enkel nog goedkeuren als bewezen is dat ze klinisch werken, met andere woorden ziekte of sterfte verminderen. *Dat is al van grote betekenis, als je bedenkt hoe schadelijk bijvoorbeeld het kinkhoestvaccin is dat de laatste jaren massaal bij zwangeren wordt toegediend – zie ons verslag van het Nederlands Vaccinatie Congres in Wikje Prikje 10, pagina 4-12.*
- Voor andere doelgroepen streeft Prasad naar dezelfde norm, dat wil zeggen "pre-market RCT's met klinische uitkomsten": vaccins moeten dan, voor ze op de markt komen, onderworpen worden aan de klassieke standaard van de 'evidence based medicine', namelijk gerandomiseerde, placebogecontroleerde proeven (randomized controlled trials of RCT's) met als eindpunt **klinische uitkomsten zoals minder ziekte of sterfte**, net zoals dat voor andere medicijnen vereist is. Alleen formuleert hij die eis hier minder strikt: voor bijvoorbeeld pneumokokkenvaccins mag de vermindering van pneumonie ook achteraf, in 'post-marketstudies', worden aangetoond.
- Ook voor een uitbreiding van de vergunning van een vaccin naar **nieuwe doelgroepen** is voortaan voorafgaandelijk bewijs vereist dat dat vaccin leidt tot een verbetering in klinische eindpunten, dus tot reële gezondheidswinst.
- Bovendien wil hij dat er eindelijk degelijk onderzoek wordt verricht naar de zogeheten **combinatievaccins** zoals die ook in Europa courant zijn (het vaccin dat baby's van acht weken in België standaard krijgen, is bijvoorbeeld gericht tegen zes ziektes tegelijk): "Over de voor- en nadelen van het gelijktijdig toedienen van meerdere vaccins was tot nu toe de norm van de FDA om gerandomiseerde studies te eisen die te klein waren om er conclusies uit te trekken, waardoor een vals gevoel van werkzaamheid en veiligheid werd gecreëerd."
- Ook het **griepvaccin** moet voortaan aan strengere normen voldoen: "We zullen het jaarlijkse griepvaccinatieprogramma herzien. De wetenschappelijke onderbouwing daarvan is een ramp, met bewijs van een vreselijk slechte kwaliteit, slechte surrogaattests en onzekere vaccineffectiviteit, gemeten in case-controlstudies met slechte methoden. We zullen de veiligheid opnieuw beoordelen en eerlijk zijn in de bijsluiters van vaccins."

Doodde Covid-19-vaccinatie meer gezonde kinderen dan het er redde?

Tussen de regels door lees ik dat Prasad daar eigenlijk van overtuigd is, al formuleert hij dat als wetenschappelijk onderzoeker voorzichtiger en diplomatischer. Zo schrijft hij:

- "We hebben geen betrouwbare data om de absolute voordelen (absolute risicoreductie) te schatten wat betreft ernstige ziekte en sterfte bij gezonde kinderen door vaccinatie. (...) De FDA heeft fabrikanten nooit verplicht om in RCT's aan te tonen dat vaccins uitkomsten zoals sterfte of ernstige ziekte verbeteren bij kinderen. Bestaande RCT-data zijn beperkt en overwegend negatief voor het voorkomen van symptomatische infecties."
- "Bovendien was Covid-19 nooit erg dodelijk voor kinderen, en nu (...) zijn de gevolgen voor kinderen vergelijkbaar met die van veel andere respiratoire virussen waarvoor we geen jaarlijkse vaccinatie aanbieden."
- VAERS onderrapporteert vaccingerelateerde doden: "Er is een gemotiveerd persoon, vaak een arts, nodig om de informatie in te dienen. Het indieningsproces is omslachtig en de meeste mensen die het formulier invullen, geven het halverwege op. Er zijn waarschijnlijk nog veel meer sterfgevallen die niet worden gemeld."

Intermezzo: ons antwoord luidt JA

Prasad is heel gematigd in zijn bewoordingen. Zelf zou ik een stuk stelliger durven te zijn: Covid-19-vaccinatie in het algemeen heeft overduidelijk veel meer kwaad dan goed gedaan. Als je dat een verrassende uitspraak vindt, herlees dan maar even de resultaten van allerlei onderzoek en de inzichten van onafhankelijke onderzoekers die we in de loop der jaren hebben gepubliceerd:

- het interview van mei 2025 met de Zwitserse infectioloog Pietro Vernazza in Wikje Prikje 08, pagina 14-20. Eén citaat: "Er was geen crisis, er is een crisis gecreëerd. Als we vitamine D hadden uitgedeeld aan de bevolking, dan hadden we niet de gekende gevolgen van de pandemie gehad";
- de vergelijking uit 2023 tussen de covidsterfte bij gevaccineerden en ongevaccineerden, gebaseerd op officiële Engelse cijfers (omdat de registratie daar zo degelijk was), in het artikel 'De bescherming van de covidprik tegen covidsterfte: nul komma nul' in Wikje Prikje 02, pagina 26-32;
- onze 'Factsheet Covid-19-vaccinatie' van januari-februari 2021;
- onze artikelen van januari 2024 over de Covid-19-geneesmiddelen en van maart 2025 over de 'weeffout' in de registratie van bijwerkingen, vermeld in het artikel over Theo Schetters elders in dit nummer;
- het hallucinante verhaal van Sam Brokken in Wikje Prikje 09, pagina 7-13;
- en veel meer.

Het meest onthutsende blijven voor mij tot op vandaag de onthullingen die de wereld te danken heeft aan de Amerikaanse vrouwenrechtenactiviste Naomi Wolf, te lezen in het boek 'The Pfizer Papers'. Daarover publiceerden we in oktober 2023 het artikel 'Maandelijkse 55.000 pagina's vrijgegeven Pfizer-documenten over covidprik tonen focus op voortplanting aan: wat betekent dat?' (zie Wikje Prikje 02, pagina 34) en in november 2024 een artikel overgenomen uit De Andere Krant (zie Wikje Prikje 07, pagina 25-27). Hier enkele puntjes die daar te lezen stonden:

- Al in februari 2021 wist Pfizer dat covid op de derde plaats staat van meest gemelde bijwerkingen – en dat er dus iets mis was met de geclaimde efficiëntie.
- Al in mei 2021 was duidelijk dat de vaccins hartschade veroorzaakten bij gezonde, jonge mensen.
- De vaccinatiecampagne tegen de Mexicaanse griep stopte na vijftig doden. We hebben het nu over 1225 gemelde doden in de eerste drie maanden na de uitrol van de vaccins.
- De placenta van gevaccineerde vrouwen raakt beschadigd door de vaccins en Pfizer weet dat vanaf dag één. Ongeboren kinderen van het vrouwelijke en het mannelijke geslacht worden door de vaccins getroffen en ook dat weet Pfizer vanaf dag één.
- Uit een rapport van april 2021 blijkt dat baby's ziek worden van de lipide nanodeeltjes in moedermelk. Er is in dat rapport een grafiek opgenomen waaruit is af te lezen hoeveel baby's met welke ziekteverschijnselen kampten.
- Twee secties in de Pfizerdocumenten gaan over het verlies van baby's bij gevaccineerde aanstaande moeders.

Wat corona en coronavaccinatie in het algemeen betreft, blijkt uit dit alles onder meer dat:

- er al in het voorjaar van 2020, nog voor die vaccins op de markt waren, effectieve en veilige remedies bekend waren tegen Covid-19, waaronder HCQ en iets later ivermectine. Als die niet door de overheden opzijgeschoven, zwartgemaakt of verboden waren geweest, maar gepromoot en breed verspreid, dan was de covidsterfte heel beperkt gebleven – en hadden de vaccins nooit een marktvergunning kunnen krijgen (omdat voor een spoedvergunning als voorwaarde geldt dat er geen geneesmiddelen tegen de ziekte bestaan);

- ernstige Covid-19 vrij eenvoudig voorkomen had kunnen worden door tekorten aan vitamine D (en zink) aan te vullen; woonzorgcentra die dat deden, kenden een veel lagere sterfte dan degene die dat niet deden;
- coronavaccinatie nooit geholpen heeft tegen de overdracht van het virus. De slogan 'Doe het voor een ander' was dus van bij het begin een leugen; zoals onder meer KULeuven-professor Liliane Schoofs tijdens de coronacrisis aangaf, kan een intramusculair toegediend vaccin per definitie de overdracht van een luchtweginfectie niet stoppen, omdat die ter hoogte van de slijmvliezen (van de luchtwegen) plaatsvindt;
- zelfs de registratiestudie van Pfizer uit 2020 – de studie die het bedrijf moest voorleggen om een marktvergunning voor zijn vaccin te krijgen – geen bewijs bevatte dat dat vaccin het risico op ernstige ziekte of sterfte door corona verminderde. Zie onderstaande tabel uit onze 'Factsheet':

% = absolute risico; () = aantal personen	Vaccin	Placebo	Voor-/nadeel vaccin
Risico op niet-ernstige Covid-19	0,04% (8)	0,88% (162)	0,84% minder risico
Risico op <u>ernstige</u> Covid-19	0,006% (1)	0,016% (3)	0,01% minder risico
Risico op <u>ernstige</u> vaccinreacties	1,1% (240)	0,6% (139)	0,5% meer risico

- de 'all cause mortality' – sterfte ongeacht de oorzaak – bij covidgevaccineerden **niet lager lag/ligt dan bij niet-covidgevaccineerden**, integendeel, zelfs wat hoger. Gevaccineerden mogen dan wat minder vaak sterven met de diagnose 'covid', hun reële risico om zwaar ziek te worden of te sterven daalt blijkbaar niet, en is dat niet het enige wat telt? Zie onderstaande slide uit onze recente presentatie over covid in Nederland:

NEEN: De covid vaccins beschermen helemaal niet tegen covid-sterfte en daarenboven maken ze de gevaccineerde Engelsen kwetsbaarder voor andere doodsoorzaken!

Vaccinatiestatus	Aandeel in de bevolking (+70 jaar)	Aandeel in de covid-sterfte	Aandeel in de Non-covid-sterfte
Gevaccineerd	95,1%	95,4%	96,5%
Ongevaccineerd	4,9%	4,6%	3,5%

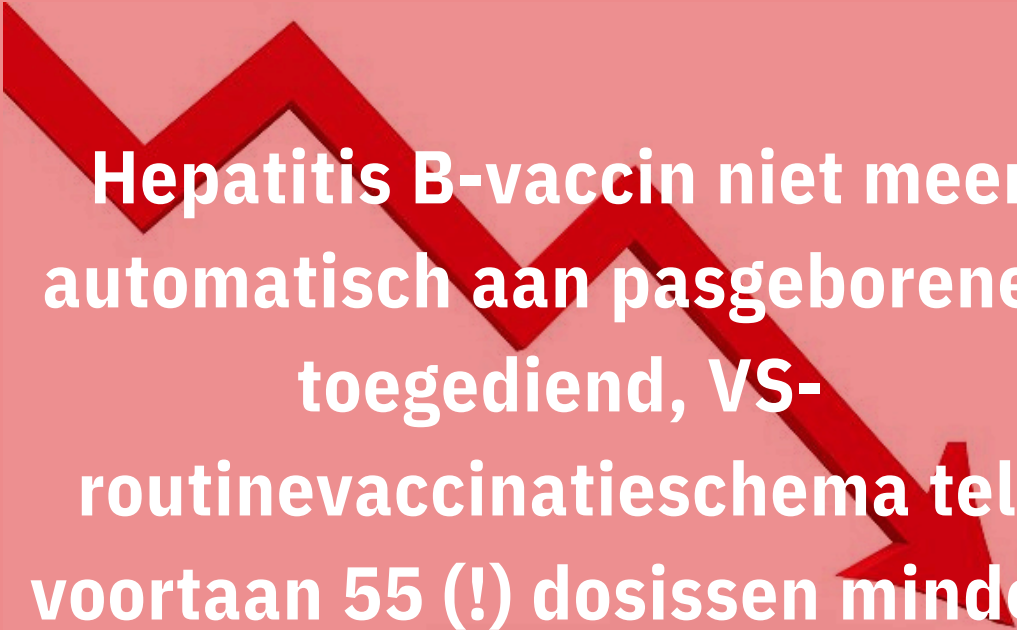
Nog enkele opmerkelijke citaten uit de e-mail van Prasad

- Over hoe je correct het risico op myocarditis vergelijkt tussen gevaccineerden en ongevaccineerden: "Uiteindelijk krijg je toch covid. Geen enkele hoeveelheid covidvaccins voorkomt dat iemand covid krijgt, dus het risico is niet 'virus versus vaccin'. Het is **'vaccin + virus' versus 'virus alleen'**. Ik ken geen enkele analyse die dit op de juiste manier onderzoekt."
- "Dr. Gruber en dr. Krause hebben decennialang leiding gegeven aan de vaccinafdeling. Ze hebben ontslag genomen vanwege twee kwesties: dr. Marks stond erop dat iedereen, ongeacht leeftijd en risico, jaarlijks een boosterprik kreeg, terwijl Gruber en Krause de voorkeur gaven aan een **op risico's en bewijzen gebaseerde aanpak**. En dr. Marks heeft een BLA (Biologics license application) voor de Covid-19-vaccinaties doorgedrukt, waardoor de regering-Biden onethische Covid-19-verplichtingen kon opleggen. Als professor was ik het eens met Gruber en Krause."
- "Er zijn **unieke financiële prikkels voor vaccinmakers**. Covid-19-vaccins hebben wereldwijd 100 miljard dollar opgebracht. De jaarlijkse Amerikaanse vaccinmarkt wordt geschat op meer dan 30 miljard dollar en zal naar verwachting binnen tien jaar de 50 miljard overschrijden. Analisten schatten dat één nieuw vaccin voor zwangere vrouwen een jaarlijks rendement van 1 miljard dollar oplevert. Bovendien worden vaccins niet 'generiek'. Er bestaat geen 'biosimilaire' traject. Bedrijven kunnen dus langdurige winsten verwachten."
- "Het feit dat we geen generieke of biosimilaire vaccins aanbieden omdat **geen enkele hoeveelheid cel- of humoraal gemedieerde immuunsurrogaten garandeert** dat het product zijn werkzaamheid behoudt, leidt tot een fundamentele logische conclusie: hoe kunnen we dergelijke eindpunten accepteren bij de goedkeuring van volledig nieuwe producten?"
- "Ik heb geen bewijs gezien dat **Covid-19-vaccins, die de overdracht niet stoppen**, voordelen opleveren voor derden (*cf. de slogan "Je doet het voor een ander"*). Ik twijfel er niet aan dat BMR-vaccins wel voordelen opleveren voor derden wanneer ze aan een voldoende groot deel van de samenleving worden toegediend." *Prasad verwijst hiermee naar het concept groepsimmuniteit. BMR is het vaccin tegen bof, mazelen en rubella (rode hond). Bij die laatste stelling hebben wij onze bedenkingen – zie onze artikelen over mazelen.*

Inspiratie voor Europese beleidsmakers?

De Franse internetkrant *France-Soir* schreef op 29 november meteen een artikel over de onthulling van *The Washington Post* en ging daarbij in op de vraag wat die koerswijziging voor het vaccinatiebeleid in Frankrijk betekent. Dat kunnen we natuurlijk uitbreiden naar Europa. (ER, 8-12-2025)





Hepatitis B-vaccin niet meer automatisch aan pasgeborenen toegediend, VS-routinevaccinatieschema telt voortaan 55 (!) dosissen minder

Op 5 december 2025 stemde het ACIP – het adviescomité dat beslissingen over het vaccinatieprogramma van de CDC voorbereidt, en dat onlangs grondig door VS-gezondheidsminister Kennedy vernieuwd is om het belangenvrijer te maken – over de hepatitis B-vaccinatie voor baby's. Tot nu toe kreeg elke Amerikaanse baby vlak na de geboorte dat vaccin. Dat verandert nu: als de moeder negatief test op het virus, nemen de ouders die beslissing voortaan individueel met hun arts.

Een stap in de goede richting, al blijft die vaccinatie naar onze mening sowieso in de meeste gevallen, en zeker voor kinderen, zinloos: hepatitis B wordt immers hoofdzakelijk verspreid via besmet bloed of seksueel contact.

Van 85 naar 30 dosissen

Op 16 december 2025 keurde de CDC die wijziging goed en op 5 januari 2026 keurde ze een herzien VS-vaccinatieschema goed, waarin het aantal ziektes waartegen kinderen routinematig worden ingeënt, daalt van 17 naar 10 à 11 en het aantal dosissen van zo'n 85 naar 30 – 55 dosissen minder dus.

Kennedy: "Na een grondige evaluatie van het bewijsmateriaal **brenge**n we het Amerikaanse vaccinatieschema voor kinderen in overeenstemming met de internationale consensus en versterken we de transparantie en geïnformeerde toestemming (*informed consent*). Deze beslissing beschermt kinderen, respecteert gezinnen en herstelt het vertrouwen in de volksgezondheid."

Het HHS (Health and Human Services)-bericht van 5 januari licht toe: "De beoordeling onderzocht 20 vergelijkbare, ontwikkelde landen en concludeerde dat de VS een wereldwijde uitschieter is, zowel wat betreft het aantal ziekten dat wordt bestreken in het routinevaccinatieschema voor kinderen als wat het totale aantal aanbevolen doses betreft, maar dat de vaccinatiegraad niet hoger is dan in die andere landen. Veel vergelijkbare landen die minder routinevaccinaties aanbevelen, behalen goede resultaten op het gebied van de gezondheid van kinderen en handhaven hoge vaccinatiegraden door middel van vertrouwen en voorlichting in plaats van verplichting. In 2024 adviseerde de VS bijvoorbeeld meer kindervaccins dan enig ander vergelijkbaar land, en meer dan twee keer zoveel doses als sommige Europese landen. Aan de onderkant staat Denemarken, dat kinderen inent tegen 10 ziekten, vergeleken met een totaal van 18 ziekten waartegen in 2024 in de VS bescherming werd geboden."

Het HHS-document 'Fact Sheet: CDC Childhood Immunization Recommendations' geeft meer details over het bijgewerkte CDC-vaccinatieschema voor kinderen. Dat schema:

- IMMUNIZATIONS RECOMMENDED FOR ALL CHILDREN**

Vaccine and other immunizing agents	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	7 mos	8 mos	12 mos	15 mos	18 mos	20-23 mos	2-3 yrs	4-6 yrs	7 yrs	8 yrs
Diphtheria, tetanus, acellular pertussis (DTaP + 7 yrs)			1st dose	2nd dose	3rd dose				4th dose				5th dose		
Tetanus, diphtheria, acellular pertussis (Tdap + 7 yrs)															
Hemophilus influenzae type b (Hib)			1st dose	2nd dose	3rd / 4th dose			3rd / 4th dose							
Pneumococcal conjugate (PCV15, PCV20)			1st dose	2nd dose	3rd dose			4th dose							
Inactivated poliovirus (IPV + 18 yrs)			1st dose	2nd dose			3rd dose						4th dose		
Masles, mumps, rubella (MMR)								1st dose					2nd dose		
Varicella (VAR)								1st dose					2nd dose		
Human papillomavirus (HPV)															

Vaccine and other immunizing agents	9 yrs	10 yrs	11 yrs	12 yrs	13 yrs	14 yrs	15 yrs	16 yrs	17 yrs
Diphtheria, tetanus, acellular pertussis (DTaP + 7 yrs)									
Tetanus, diphtheria, acellular pertussis (Tdap + 7 yrs)			1st dose						
Hemophilus influenzae type b (Hib)									
Pneumococcal conjugate (PCV15, PCV20)									
Inactivated poliovirus (IPV + 18 yrs)									
Masles, mumps, rubella (MMR)									
Varicella (VAR)									
Human papillomavirus (HPV)				1 dose					

Some children should get a dose at this age depending on the vaccine brand.

-55 DOSES FROM PREVIOUS SCHEDULE

IMMUNIZATIONS RECOMMENDED FOR CERTAIN HIGH-RISK GROUPS OR POPULATIONS

Vaccine and other immunizing agents	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	7 mos	8 mos	12 mos	15 mos	18 mos	20-23 mos	2-3 yrs	4-6 yrs	7 yrs	8 yrs
Respiratory syncytial virus (RSV - multi) ^a			1 dose												
Respiratory syncytial virus (RSV - multi) ^b			1 dose							2nd dose					
Hepatitis B (hepatB) ^c	1st dose	2nd dose					3rd dose								
Dengue ^d															
Meningococcal ACWY ^e											3, 3 or 4 dose series				
Meningococcal B ^f															
Hepatitis A (hepatA) ^g											1 dose				

Vaccine and other immunizing agents	9 yrs	10 yrs	11 yrs	12 yrs	13 yrs	14 yrs	15 yrs	16 yrs	17 yrs
Respiratory syncytial virus (RSV - multi) ^a									
Respiratory syncytial virus (RSV - multi) ^b									
Hepatitis B (hepatB) ^c									
Dengue ^d									3-dose series
Meningococcal ACWY ^e									
Meningococcal B ^f									1 dose
Hepatitis A (hepatA) ^g									

IMMUNIZATIONS BASED ON SHARED CLINICAL DECISION-MAKING

Vaccine and other immunizing agents	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	7 mos	8 mos	12 mos	15 mos	18 mos	20-23 mos	2-3 yrs	4-6 yrs	7 yrs	8 yrs
Rotavirus (RV) (RV [2-dose series], RV3 [3-dose series])			1st dose	2nd dose	3rd / 4th dose										
COPVID-19 (hCoV-mRNA, hCoV-sPf)											2 doses first year, then 1 dose annually		1 dose annually		
Influenza (IVL, cIVL) ^a											2 doses first year, then 1 dose annually				
Influenza (IAVI) ^b												2 doses first year, then 1 dose annually			

Evidentie van 'veilige vaccins' doorbroken, VS speelt voortrekkersrol

Zoals epidemioloog Nicolas Hulscher opmerkt, is die 'consensus' nog steeds erg relatief en zeker geen garantie voor veiligheid. Het VS-vaccinatieschema wordt enkel in lijn gebracht met het schema dat in vergelijkbare ontwikkelde landen gangbaar is. Zo komen ze tot de 11 ziektes in de eerste categorie: de 10 die internationaal gangbaar zijn, plus varicella (windpokken).

Die 'niet-routinematige' prikken blijven wel vrijblijvend aangeboden, en mogelijk zullen heel wat kinderartsen ze standaard blijven toedienen als ouders niet uitdrukkelijk aangeven dat niet te wensen, vreest Hulscher.

Terecht merkt hij op dat al die vaccins nog steeds

- onvoldoende onderzocht zijn op langetermijnresultaten
- niet getest zijn in placebogecontroleerde onderzoeken
- nooit geëvalueerd zijn als cumulatief schema (*de effecten van het gelijktijdig toedienen van meerdere dosissen – zie artikel 'Studie linkt zuigelingensterfte aan vaccinatie' elders in dit nummer*)
- meer dan 20 chronische ziekten veroorzaken: "Bijwerkingen zoals koortsstuipen, ernstig neurologisch letsel waaronder autisme, ADHD en tics, auto-immuunziekten, astma, allergieën, huid- en darmstoornissen, oorontstekingen en een lange lijst van andere chronische ziekten zijn gedocumenteerd voor meerdere vaccins op deze lijst."

Maar kijk eens naar punt 4 uit het bovenstaande HHS-document: de VS-gezondheidsinstanties zullen **voortaan "dubbelblinde, placebogecontroleerde, gerandomiseerde studies** uitvoeren, evenals meer observationele studies om de **langetermijneffecten van individuele vaccins en het vaccinatieschema te evalueren**". Voor mij is dát het meest hoopgevende van deze hele ommezwaai: de evidente veiligheid van vaccinatie is doorbroken, er wordt erkend dat ze serieus onderzocht moeten worden en plannen gemaakt om dat eindelijk effectief te doen.

Op dat punt staan we in België en Europa nog nergens! Gelukkig begrijpt de wetenschappelijke wereld in Europa Engels en zullen de resultaten van die placebogecontroleerde studies dus wel naar onze landen doorsijpelen... (ER)

Meer lezen

- HHS-bericht van 5 januari 2026
- 'Fact Sheet': CDC Childhood Immunization Recommendations'
- Ons achtergrondartikel over hepatitisvaccinatie op vaccinatieschade.be/hepatitis-info
- Onze artikelen over de nieuwe koers van gezondheidsminister Kennedy: 'Aandelen vaccins kelderen na benoeming 'antivaxer' Kennedy door Trump' in Wikje Prikje 07, pagina 28-35; 'Kennedy licht ommezwaai in VS-vaccinatiebeleid toe' in Wikje Prikje 09, pagina 52-55
- Onze vele artikelen over de studies die de gezondheid van gevaccineerde met die van ongevaccineerde kinderen vergelijken, zoals 'Beschermd of beschadigd? De studie die niet gepubliceerd mocht worden' in Wikje Prikje 10 (pagina 26-34).



De centrale vaccinatiedogma's nu ook juridisch gewikt en overtuigend doorgeprikt

2025, een kanteljaar?

Het jaar 2025 zal in de geschiedenisboeken wellicht geboekstaafd worden als het jaar waarin het vaccinatiebeleid definitief begon te kantelen. Die kanteling is merkbaar op minstens drie terreinen: op het vlak van de wetenschap, van de politiek en van de rechtspraak.

Bij deze revolutionaire ontwikkeling in de loop van 2025 werden de twee centrale dogma's van het gezondheidsbeleid misschien wel definitief doorgeprikt. Die twee basisdogma's luiden als volgt:

1. Dankzij de vaccinaties worden er miljoenen kinderlevens per jaar gered.
2. Vaccins zijn veilig en doeltreffend.

Ten gronde gaat het hier over de twee basis **geloofs**artikelen van de vaccinatie**religie**, want dat is het in feite. Het vaccinatiebeleid is gebaseerd op een **geloof** en niet op wetenschappelijke waarheid, niet op objectief verifieerbare feiten. Het gaat om een diep gekoesterd geloof dat zijn oorsprong vindt, eerst in de beweringen van Jenner, en later in de infectietheorie ontwikkeld door Pasteur. Op het einde van de 19de eeuw werd dit geloof definitief omarmd door de moderne westerse geneeskunde.

In een zeer recent boek "**Vaccines, Amen, the Religion of Vaccines**" (2025) legt advocaat Aaron Siri bijzonder gedetailleerd en overtuigend uit hoe dit verschijnsel van de vaccinreligie in elkaar zit. (*Op dat boek gaan de twee volgende artikelen in dit Wikje Prikje dieper in.*) Aaron Siri is zeker geen wappie die te veel beïnvloed zou worden door socialemediaberichten. Het is een doorgewinterd advocaat die tientallen belangrijke rechtszaken over vaccinatieschade heeft gepleit in de Verenigde Staten. De argumentatie en expertise in rechtbanken wordt niet gebaseerd op ronkende titels of beweringen van zogenaamde autoriteiten. Ze is gestoeld op keiharde bewijzen die ook moeten worden aangedragen en aanvaard door de rechters.

Op basis van die jarenlange behandeling van gevallen waarin vaccinatieschade werd aangetoond door de ene partij en ontkend door de andere, heeft Aaron Siri een enorm arsenaal van getuigenissen en wetenschappelijke artikelen verzameld. Die tonen ondubbelzinnig aan dat er wel degelijk veel schade wordt veroorzaakt door de inenting. In het kader van de tegensprekelijke procedures kon Siri daarenboven heel wat interne documenten van de producenten boven water krijgen. Die bewijzen ondubbelzinnig dat belangrijke veiligheidsgegevens en bijwerkingen stelselmatig worden weggemoffeld door Big Pharma en haar slippendragers.

Dogma's

We weten allemaal dat het grote kenmerk van dogma's erin bestaat, dat ze niet in vraag (mogen) gesteld worden. Dogma's worden **aanvaard**, nooit **bevraagd**. Een dogma is een punt van geloof, geen theorie of werkhypothese. Echte gelovigen stellen hun basisdogma's nooit in vraag. Die geloofspunten vormen immers het fundamentele verbindende gegeven van de aanhangers van deze religie. Ze worden – vaak in het kader van rituelen – steeds weer herhaald, steeds weer verteld, maar nooit in vraag gesteld.

Artsen of gezondheidsinstanties zal je nooit horen verklaren dat ze **gelooven** in chirurgische interventies, hoogstens dat ze denken dat die nodig of nuttig kunnen zijn. Maar in vaccins geloven ze wel. Ze geloven dat die veilig en doeltreffend zijn, ze geloven dat die miljoenen kinderen per jaar redden, ze geloven dat vaccinatie de belangrijkste factor is geweest in het terugdringen van de kindersterfte. Ze bewijzen dat niet, ze geloven dat. En ze beschuldigen diegenen die wel twijfels hebben over dit specifieke geloofspunt, van onwetenschappelijkheid, desinformatie of onverantwoordelijkheid. Dat zijn immers loze beweringen van antivaxers, weet je wel.

'Antivaxer' is een term die ondertussen bijna als een scheldwoord wordt gehanteerd, maar die uiterst effectief is gebleken in het ontkrachten en belemmeren van elk inhoudelijk gesprek. In feite gaat het dan over mensen met vragen, mensen die twijfelen. Twijfel vormt overigens de kern van elke wetenschappelijke methode, net zoals falsifieerbaarheid. Datzelfde principe van de wetenschappelijke twijfel wordt door de mainstream vaccinwetenschappers en de Wereldgezondheidsorganisatie echter beschouwd als een gevaar voor de volksgezondheid, nooit als een deel of een element van bewijsvoering.

Bewijs is immers niet nodig in de kringen van vaccingelovigen. Die hebben hun dogma verheven tot een onschendbare waarheid van een hogere orde en ze bestrijden de ongelovigen vaak met een ijver die grenst aan godsdienstig fanatisme.

Aaron Siri legt haarfijn uit hoe de vaccinreligie tot stand is gekomen en op welke wijze Big Pharma haar tentakels heeft uitgestrekt tot alle sectoren van het publieke leven. Dat gaat van wetgeving tot regelgevers, van wetenschappelijke tijdschriften tot media, van gezondheidsinstanties tot beroepsverenigingen. Het staat allemaal overzichtelijk en nauwkeurig beschreven in zijn boek en het wordt overvloedig en systematisch gestaafd met honderden voetnoten die verwijzen naar juridische en wetenschappelijke stukken.

Het politieke kantelmoment

Het politieke kantelmoment van het vaccinatiebeleid heeft plaatsgehad op 13 februari 2025 toen Robert Kennedy junior zijn eed aflegde als nieuwe minister van Volksgezondheid tijdens het tweede presidentschap van Donald Trump. Zijn benoeming werd immers hardnekkig bekampt door het hele, uiterst machtige Amerikaanse lobby-apparaat van Big Pharma. Die heftige weerstand heeft evenwel niet kunnen baten. De mislukte tegenkanting vormt op zichzelf een kentering met zeer belangwekkende gevolgen.

Net zoals Aaron Siri is Robert Kennedy advocaat van beroep. Hij verdiende zijn eerste sporen als pleitbezorger in rechtszaken waarin extractiebedrijven werden beschuldigd van het toebrengen van milieuschade door het gebruik van kwik. In de loop der jaren begon hij ook rechtszaken te pleiten over vaccinatieschade toegebracht door het gebruik van kwik in vaccins. Dankzij zijn aanhoudende pleidooien en inspanningen (onder meer zijn boek: *"Thimerosal: Let the Science Speak: The Evidence Supporting the Immediate Removal of Mercury – A Known Neurotoxin – From Vaccines"*) werd het gebruik van kwik (thimerosal) in vaccins voor kinderen uiteindelijk stopgezet in de meeste westerse landen.

In 2015 sloot Kennedy zich aan bij de niet-gouvernementele organisatie Children's Health Defense en hij bouwde die uit tot een zeer invloedrijke organisatie die het overdadig gebruik van vaccins voor kinderen aan de kaak stelde en aandrong op echte onafhankelijke veiligheidsstudies.

In 2021 publiceerde hij het boek *"The Real Anthony Fauci, Bill Gates, Big Pharma, and the Global War on Democracy and Public Health"*, dat al snel een bestseller werd. Het boek van 450 pagina's bevat een schat aan informatie over de wijze waarop Big Pharma en de met haar verbonden publieke figuren invloed uitoefenen op het gezondheidsbeleid in de Verenigde Staten. En vermits het Amerikaanse beleid van de Food and Drug Administration (FDA) en de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ook wereldwijd toonaangevend is (vaak via de Wereldgezondheidsorganisatie) geldt deze invloed voor de meeste landen.

Ook dat boek van Kennedy is heel diepgravend en bevat honderden voetnoten en verwijzingen die het hebben verheven tot een belangrijke referentie voor al wie belangstelling heeft voor het vaccinatiebeleid in de Verenigde Staten.

Het feit dat dezelfde Robert Kennedy junior in 2025 verantwoordelijk is geworden voor het gezondheidsbeleid en dus ipso facto ook voor het vaccinatiebeleid in de Verenigde Staten, is een cesuur die op termijn ook onherroepelijk zijn gevolgen zal hebben in Europa.

Gewijzigd beleid

In de Verenigde Staten zelf zijn de beleidswijzigingen nu al overduidelijk en allicht niet meer terug te draaien.

In juni van dit jaar ontsloeg Robert Kennedy alle leden van het Advisory Committee on Vaccination Practices (ACIP), dat in de praktijk was uitgegroeid tot een zelfselecterend groepje van experts die het Amerikaanse vaccinatiebeleid bepaalden. De meeste leden waren immers ook werkzaam voor Big Pharma en hadden vaak zeer grote belangenconflicten. Kennedy verving ze door een nieuwe ploeg, die andere en integere wetenschappers bevat.

In de nabije toekomst zullen allicht enkele belangrijke wijzigingen worden ingevoerd, onder meer wat betreft de Covid-19-injectie. Na de nieuwe stellingname van het ACIP zoals gerapporteerd in een recent persbericht van het ministerie van Volksgezondheid, zal de covidprik nu een zaak worden van individuele besluitvorming. Covid-19 zal dus wellicht geen deel meer uitmaken van collectieve mandaten. Op de website van het CDC is al aangegeven dat dit implicaties heeft voor vrouwen die zwanger willen worden en voor moeders die borstmelk geven. Alleen al het persbericht van 19 september vormt alweer een betekenisvol symbolisch kantelpunt in het jaar 2025. In De Andere Krant 39 van 3 oktober 2025 worden verdere perspectieven gegeven op de bijeenkomst van 19 september.

Onder impuls van president Trump en onder leiding van Kennedy werd ook al uitvoering gegeven aan het 'Make America Healthy Again'-initiatief (MAHA). In eerste instantie werd een diagnose gesteld (MAHA assessment report in mei 2025), zie ons artikel 'Is er een revolutie van het gezondheidsbeleid in de Verenigde Staten in de maak?' in Wikje Prikje 09, pagina 45-51. In september werd de tweede fase ingeluid (MAHA strategy).

Binnen deze strategie wordt ernstig wetenschappelijk onderzoek opgestart naar een hele reeks factoren die de gezondheid van de Amerikaanse bevolking aantasten. Ook het delicate probleem van de exploderende autisme-cijfers staat nu volop op de agenda van de officiële Amerikaanse gezondheidsinstanties.

Ondertussen hebben ook een aantal Europese wetenschappers en politici een gelijkaardig initiatief genomen: Make Europe Healthy Again (MEHA). Het valt te verwachten dat ook MEHA op termijn tot een gewijzigd gezondheids- en vaccinatiebeleid zal leiden, deze keer in Europa. Hoe lang dat nog zal duren weten we niet. Het blijft vooralsnog vooral een hoopvolle verwachting.

Kantelpunten op wetenschappelijk vlak

Ook op het vlak van de wetenschappelijke evolutie kan het jaar 2025 beschouwd worden als een scharniermoment. Er waren in de loop van de voorafgaande jaren al heel wat publicaties en enquêtes bekend geworden die duidelijk maakten dat de vaccinaties helemaal niet zo veilig en doeltreffend waren als van overheidswege werd beweerd. We hebben over die studies al geregeld verslag uitgebracht, zoals in februari 2025 (zie 'Nieuwe studie van Anthony Mawson en Binu Jacob' in Wikje Prikje 08, pagina 27-30) of in oktober 2025 (zie 'Beschermd of beschadigd? De studie die niet gepubliceerd mocht worden' in Wikje Prikje 10, pagina 26-34) naar aanleiding van het verschijnen van de Henry Fordstudie, die ook door Aaron Siri wordt besproken (zie *verderop*).

De meest indrukwekkende ondergraving van het officiële narratief over het belang en de doeltreffendheid van vaccinaties is in onze ogen nog steeds de enquête die werd uitgevoerd door Joy Garner in de loop van 2020 en kenbaar gemaakt op haar website. Ga daar zeker eens kijken, want haar bevindingen zijn werkelijk wereldschokkend. Joy Garner toonde immers onweerlegbaar aan dat de ongevaccineerde Amerikanen vele malen gezonder zijn dan hun gevaccineerde landgenoten.

Zeer opvallend in die enquête: de ongevaccineerde groep (ongeveer 1500 personen) heeft *helemaal geen* last van een aantal aandoeningen die in de algemene (gevaccineerde) bevolking een enorme uitbreiding hebben gekend, zoals ADHD, diabetes, kanker en hartaandoeningen. Ongevaccineerden hebben geen last van die moderne kwalen, helemaal niet! Meer informatie vind je in ons artikel 'Chronische ziekten en vaccinaties: een zeer ongemakkelijke waarheid' (zie Wikje Prikje 07, pagina 14-20) over deze studie.

Het staat nu alleszins buiten kijf dat chronische ziekten aantoonbaar vaker voorkomen bij gevaccineerde dan bij ongevaccineerde patiënten. De onderstaande tabel vormt een synthese van de diverse studies en onderzoeken die dat hebben aangetoond. Die geven allemaal hetzelfde resultaat: ongevaccineerden zijn inderdaad kwetsbaarder voor de (vaak goedaardige) acute ziekten waartegen zij niet worden ingeënt, maar zij zijn veel minder onderhevig aan de ernstige langetermijnaandoeningen die veel zwaardere en langere gezondheidsklachten met zich meebrengen.

Synthesetabel risicofactoren chronische aandoeningen versus acute aandoeningen

Ziekte/aandoening	Ford studie	Bachmair	Mawson 2017	Hooker & Miller I	Hooker & Miller II	Lyons & Thomas	Mawson & Binub	Steve Kirsch
Astma	4,09	7,76		4,93	17,6	3,3		9,3
Allergieën	2,64	2,16	3,9		4,31	3,31		7,7
Auto-immuunziekten	6,16	18,92						21,7
Kanker	0,79							3,1
Voedselallergieën	1,19	2,16				2,23		1,6
Mentale gezondheid	3,5							
Neurol. ontwikk. stoornis	6,15		5,2				6,8	
ADHD		3,87	4,2		20,8		2,81	7,3
Autisme		1,43	4,2		5,03		2,7	4,5
Eczeem			2,9			4,3		
Ontwikk. achterstand	3,74		3,7	2,36				
Leerstoornis								6,6
Spraakstoornis	4,02							
Motorische stoornis	4							
Neurologische aandoening	0,64							
Epileptische aanvallen	1,63	10,9					3,52	4,1
Hooikoorts		3,56						5,4
Middenoorontsteking		5,76	3,41	2,49	27,8	2,2		
Waterpokken			0,31		0,1			
Pneumonie			5,33			1,3		
Kinkhoest			0,3					
Rodehond			0,2					
Gastro-intestinale stoornis				2,48	13,8	3,59		
Tics								2,7
Sinusitis						3,4		32,8

Officiële wetenschappelijke aanwijzingen nu toch openbaar gemaakt

De vaststelling dat ongevaccineerden veel gezonder zijn dan gevaccineerden, blijkt dus al lang uit degelijke wetenschappelijke onderzoeken of representatieve enquêtes. De officiële instanties hebben het echter nooit aangedurfd om zelf zulke vergelijkende studies op het getouw te zetten. En die ene keer dat zij dat wel hebben gedaan, luidde de conclusie dat chronische ziekten inderdaad aantoonbaar vaker voorkwamen bij gevaccineerde patiënten. Die ongunstige resultaten werden evenwel niet publiek gemaakt. Integendeel: ze werden opgeborgen en geheim gehouden. Ook dat geheim is in de loop van 2025 in de openbaarheid gebracht en zal op vrij korte termijn kunnen leiden tot een paradigmaverschuiving in het vaccinatiebeleid. Meer gegevens over deze geheimgehouden studie vind je in het reeds aangehaalde artikel 'Beschermd of beschadigd?'.

Del Bigtree van de organisatie ICAN (Informed Consent Action Network) heeft over deze duistere zaak de onthullende documentaire 'An Inconvenient Study' gemaakt (*zie andere artikels in dit nummer*). Bkbbx.tv besteedde er onlangs een uitzending aan die ondertussen ook al meer dan 20.000 maal werd bekeken. Met dank aan bkbbx.tv en Door Frankema.

Vergelijking van de risico's: de vaccins zijn gevaarlijker dan de ziektes waartegen ze ons zouden moeten beschermen

Het boek van Aaron Siri bevat dus eveneens een bespreking van deze fameuze Henry Ford Health System studie. Hij beschrijft hoe die aantoonde dat de risico's van het nemen van de vaccins stelselmatig hoger liggen dan de risico's van de ziektes waartegen ze zouden beschermen.

Wij hebben bij Preventie Vaccinatieschade zelf ook al eens een vergelijking gemaakt, en ook die analyse kwam tot de vaststelling dat vaccins meer kinderlevens kosten dan ze er redden. Ons eigen onderzoek was gebaseerd op de gegevens van de Nederlandse overheid. Het Nederlandse RIVM publiceert jaarlijks zeer overzichtelijke rapporten over het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) (Surveillance and Developments in 2023-2024). Hierin vinden we zeer gedetailleerde cijfers over sterfte, hospitalisaties en meldingen voor de zeven oorspronkelijke doelziekten van dat RVP. Dat zijn difterie, kinkhoest, polio, tetanus, mazelen, bof en rodehond. In Nederland publiceert het Lareb (Landelijke Registratie Bijwerkingen) ook jaarlijkse rapporten over de gemelde bijwerkingen van de vaccins.

Tussen 2000 en 2023 veroorzaakten de zeven doelziekten zelf welgeteld 38 sterfgevallen. Het Lareb registreerde over diezelfde periode echter 83 sterfgevallen van jonge baby's gelinkt aan de vaccinaties. De vaccinaties van het RVP kosten dus meer dan dubbel zoveel kinderlevens dan dat er overlijden aan deze zeven ziektes.

Over de mate waarin systematische vaccinaties in het verleden hebben bijgedragen tot de huidige lage sterftecijfers verschillen de meningen. Niettemin zou de bovenstaande vaststelling toch deel moeten uitmaken van een grondige discussie over de voor- én de nadelen van de vaccinatieprogramma's. Maar in officiële kringen wil niemand zulke broodnodige risico-analyse ook maar overwegen, laat staan ze ook effectief uitvoeren.

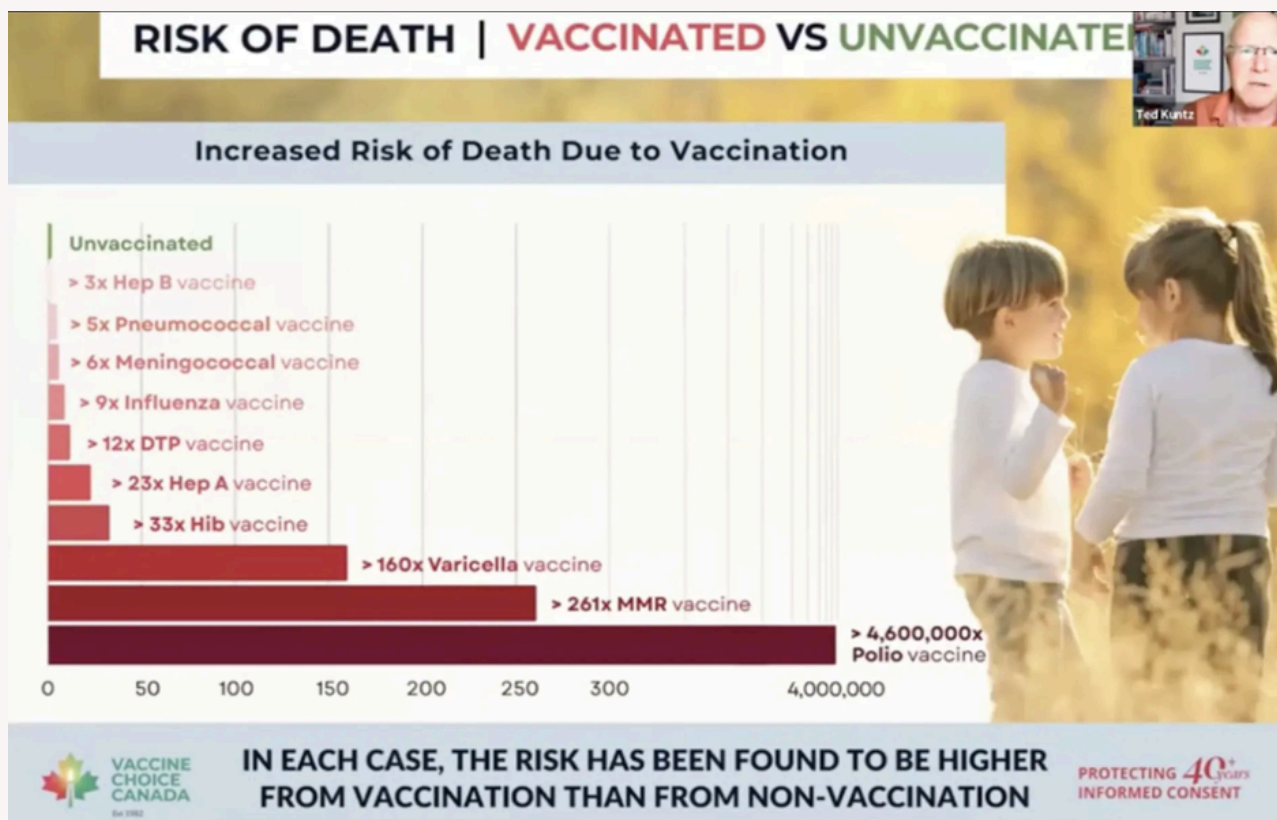
Juridisch document: Judicial Notice

Een ander heel belangrijk juridisch document dat in de loop van dit jaar beschikbaar is gekomen is de nota die we kennen als de "Judicial Notice". Het gaat om een document van 446 pagina's dat is neergelegd tijdens een rechtszaak die bij het Amerikaanse Hooggerechtshof werd aangespannen door Joy Garner. Garner wilde de Amerikaanse overheid via het Hooggerechtshof dwingen tot het aanhouden van een controlegroep van compleet ongevaccineerde Amerikanen. Zonder zulke controlegroep kan er immers geen enkel sluitend wetenschappelijk onderzoek meer gebeuren naar de veiligheid van vaccins. Het Hooggerechtshof heeft de zaak afgewezen, niet omwille van de bewijsvoering, maar wel omwille van het ontbreken van een persoonlijk belang in hoofde van de aanklager.

Ondertussen beschikken we met deze Judicial Notice evenwel over een ontzettend belangrijk document dat een uitputtende risico-analyse bevat van de Amerikaanse ziekte- en vaccinatiegegevens. De inhoud daarvan zal in de nabije toekomst wellicht ook in een wetenschappelijk artikel wereldkundig worden gemaakt. *Inmiddels schreef onze gastauteur Kurt Wayenberg er een uitgebreid artikel over, dat je verderop in dit nummer kunt lezen.*

Eén enkel inzicht eruit willen we nu alvast meegeven. Het is een grafiek die werd opgemaakt door onze Canadese zusterorganisatie Vaccine Choice Canada. De grafiek beschrijft het risico op sterven voor gevaccineerden in vergelijking met ongevaccineerden in de Verenigde Staten.

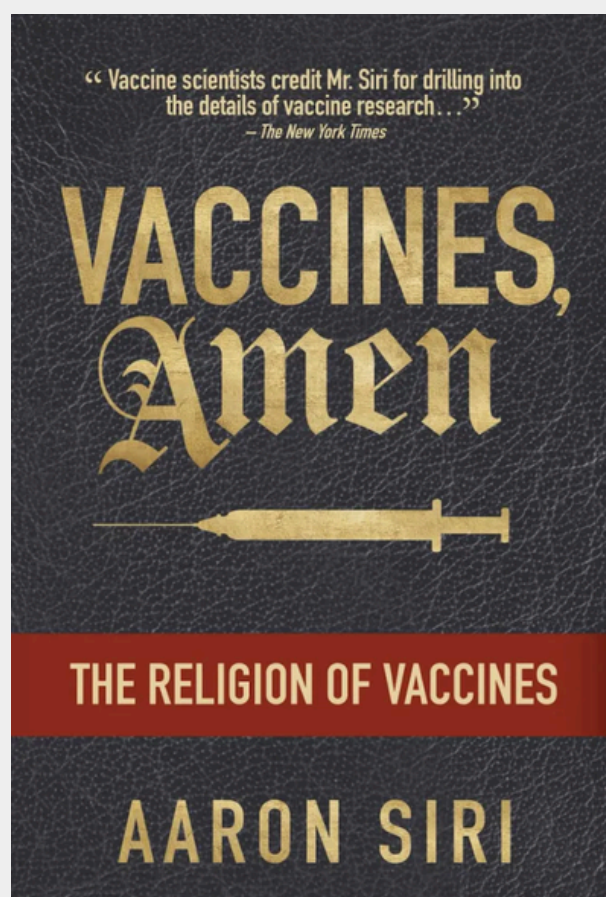
Die vergelijking is misschien eveneens een oogopener die in de loop van dit jaar een kanteling heeft teweeggebracht in het evalueren van de vaccinatiepraktijk. (KP, 24-11-2025)



“Vaccines, amen”, een belangwekkende publicatie door Aaron Siri

In de loop van oktober 2025 publiceerde Aaron Siri een boek dat misschien wel een definitieve paradigmaverschuiving zal teweegbrengen in de vaccinatiewereld. Siri is geen wetenschapper en ook geen arts. Maar hij beschikt over een ongelooflijk gedetailleerde kennis van de vaccinatiekwestie door zijn jarenlange werkzaamheden als advocaat in rechtszaken waarin betwistingen inzake vaccinatieschade worden beoordeeld.

De titel van zijn boek luidt: *Vaccines, Amen. The Religion of Vaccines*. Deze titel geeft de essentie weer van het toch wel vreemde fenomeen van de controverses. Hoe komt het toch dat een openbare discussie over voor- én nadelen van vaccinatie zo moeilijk ligt? Waarom worden alle vragen stellende wetenschappers, artsen en ouders zo snel en zo systematisch omschreven als antivaxers of – zoals in het coronaverhaal – als complotdenkers?



Het vaccinatiegeloof

Welke verklaring kunnen we daarvoor vinden? Artsen die dit observeren en journalisten die wat dieper gaan graven komen allemaal tot dezelfde conclusie: het vaccinatiebeleid is gebaseerd op een gemeenschappelijk gedragen **geloof** in het nut ervan. Het gaat om een geloof, niet om wetenschappelijk bewijs. Het beleid dat wordt uitgerold door alle gezondheidsautoriteiten wereldwijd, is gestoeld op geloofspunten, die niet in vraag worden gesteld, die zelfs **niet mogen** in vraag worden gesteld. Het zijn geen wetenschappelijk bewezen stellingen, het zijn geloofspunten of dogma's.

En dat is nu net de kern van het begrip 'dogma'. Een dogma *má*g niet in vraag worden gesteld door de gelovigen. Wie de essentiële geloofspunten of de dogma's van de religie in vraag durft te stellen wordt immers **verketterd**. En ketters worden verbannen (of vermoord). Dat is de reden waarom er geen open en constructieve wetenschappelijke discussies kunnen plaatsvinden over de voor- en nadelen van vaccinatie. Het is een religieus debat, geen wetenschappelijk.

Mocht het een wetenschappelijk debat zijn, dan zou kritiek uitoefenen en vragen stellen immers verwelkomd worden. Twijfel, kritiek, falsifieerbaarheid zijn net de kenmerken van een wetenschappelijke methode. Het vaccinatiegeloof is daar allergisch voor. Het mag gewoonweg niet. Een discussie waarin twijfel over het dogma van het vaccineren naar boven komt, wordt op allerlei manieren tegengewerkt, verhinderd en soms zelfs fanatiek bestreden.

Wetenschappelijke twijfel wordt vervangen door religieus en dogmatisch denken. Vaccinatietwijfel werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bestempeld als een gevaar voor de volksgezondheid ...

Het is me opgevallen dat heel wat wetenschappelijke artikelen in recente jaren waarin stevige kritiek wordt geuit op de Covid-19-vaccinaties, toch bijna altijd een inleidende paragraaf bevatten waarin wordt geaffirmeerd dat vaccinaties de allerbelangrijkste bijdrage hebben geleverd tot het verbeteren van de gezondheid van de wereldbevolking. Telkens weer wordt daarin vermeld dat vaccinaties miljoenen mensenlevens redden.

Nooit wordt daar een concrete risico-analyse aan toegevoegd. Het is als een ritueel gebed dat blijkbaar moet worden uitgesproken om te kunnen deelnemen aan het wetenschappelijk debat. Zonder dit gebed wordt de publicatie niet aanvaard, zo vermoed ik. Het is echt wel vreemd ...

Vaccines, Amen

Wat Siri met zijn boek heeft gedaan kan nog het best worden omschreven als een ontrafeling van het vaccinatiegeloof. Hij biedt ons de teksten en de gedetailleerde beschrijvingen van dat geloof. En die details vind ik ongelooflijk nuttig om tot een beter begrip te komen van de controverses die er nog steeds bestaan inzake vaccinatie. Controverses ontstaan vaak om een inhoudelijk debat te ontwijken of onmogelijk te maken, met name als er belangen op het spel staan. De hoop is dan allicht dat de waarheid onder de mat wordt geveegd. Zolang de propaganda blijft doorgaan, zullen de controverses echter blijven bestaan, want de waarheid steekt telkens weer de kop op ...

De controverse rond vaccinatie en autisme bestaat al decennialang. Het verband tussen beide wordt al sedert het einde van vorige eeuw besproken en in alle toonaarden ontkend door alle gezondheidsinstanties en door het medisch en wetenschappelijk establishment. Maar die halsstarrige ontkenning kan de waarheid niet tegenhouden.

En die waarheid is dat in elke nieuwe generatie een heel aantal jonge ouders geconfronteerd wordt met het feit dat hun gezonde, actieve, blijde peuter of kleuter volledig onverwachts te kampen krijgt met terugval, medische problemen en neurologische aandoeningen, uitmondend in de diagnose 'autisme' of 'autismespectrumstoornis (ASS)'.

Het aantal zeer ernstige gevallen blijft een minderheid, maar wel een zeer aanzienlijke minderheid. In sommige Amerikaanse staten wordt 1 op 12 jongens erdoor getroffen, het VS-gemiddelde bedraagt 1 op 31 kinderen. Autisme is enorm problematisch geworden in de loop van de laatste dertig jaar. En daar bestaat een zeer voor de hand liggende verklaring voor. Herlees maar onze bijdrage over autisme van december 2024 in Wikje Prikje 07, pagina 36-41 of de slides van onze presentatie van juni 2025 (zie vaccinatieschade.be/presentaties).

Die mogelijke verklaring a priori uitsluiten en ontkennen is geen wetenschappelijke houding, want de wetenschap zelf koestert twijfel. Ontkennen is dogmatisch en fanatiek, en wanneer het medisch establishment de betrokken wetenschappers of artsen diaboliseert, ontslaat of volledig onterecht beschuldigt van fraude, dan verlengt die houding de controverse, maar lost ze die niet op. Ze zal steeds weer opduiken met elke nieuwe generatie kleuters.

An inconvenient study

Samen met het team van Del Bigtree van ICAN (Informed Consent Action Network) is Aaron Siri de drijvende kracht geweest achter de documentaire *An Inconvenient Study*, [hier](#) met Nederlandse ondertitels te bekijken. Zij waren het die dr. Marcus Zervos hadden kunnen overtuigen van het uitvoeren van dit grondige wetenschappelijke onderzoek dat een vergelijking maakte tussen de gezondheidstoestand van gevaccineerde en ongevaccineerde kinderen. Uit die studie bleek dat ongevaccineerde kinderen veel gezonder waren dan gevaccineerde kinderen. Bijgevolg werd het centrale dogma van het vaccinatiegeloof compleet onderuitgehaald door deze studie.

In tegenstelling met de gemaakte beloftes hebben de auteurs de resultaten niet gepubliceerd. Die werden geheim gehouden tot op het ogenblik dat het Amerikaanse Congres er een hoorzitting over hield in de loop van vorig jaar. Toen werden de resultaten ook in ruimere kring bekend.

In zijn laatste hoofdstuk maakt ook Aaron Siri uitgebreid gebruik van de resultaten van deze Henry Ford Health studie. Dat had vele jaren vroeger kunnen gebeuren als dr. Zervos zijn belofte uit 2017 was nagekomen. Op pagina 241 van zijn boek schrijft Aaron Siri letterlijk: *“Dr. Zervos looked us right in the eyes and assured us that he was a man of integrity and would publish the results, whatever the finding.”* Niet dus, en dat is een pijnlijke vaststelling.

De Henry Ford Health studie is niet de enige die aantoonde dat de bredere resultaten van kindervaccinaties veel negatiever zijn dan wordt beweerd. Het algemene beeld is steeds het volgende. Vaccinaties beschermen in zekere mate tegen de ziekte waartegen men vaccineert. Maar: ze verzwakken de weerstand van de gevaccineerde kinderen op zulkdanige wijze dat ze kwetsbaarder worden voor andere aandoeningen en ziektes, vooral van chronische aard. Meer details daarover kan je vinden in ons artikel 'Beschermd of beschadigd?' in Wikje Prikje 10, pagina 26-34.

Het grote belang van de Henry Ford Health studie is evenwel het feit dat ze werd uitgevoerd door vertegenwoordigers van de gevestigde wetenschap en het medisch establishment. Het onderzoek was volledig in handen van de vertegenwoordigers van de vaccinreligie. De bekendmaking ervan is dus geen marginaal wetenschappelijk detail, maar een frontale aanval op het centrale dogma van de aanhangers van het vaccinatiegeloof.

Het zou wel eens zo kunnen zijn dat hiermee het hek van de dam is en dat andere bewijzen van geheimhouding en bedrog in vaccinatieland zullen binnenstromen.

The Religion of Vaccines

Zoals vermeld beschikt Aaron Siri over uiterst degelijke informatie over allerlei elementen van vaccinatieveiligheid en vaccinatieschade. Die zijn bijna allemaal afkomstig uit de juridische dossiers die hij heeft gepleit.

Het grote voordeel van juridische dossiers is dat de pleidooien zich niet kunnen beperken tot algemene beweringen of argumenten die gebaseerd zijn op prestige of institutionele posities. In rechtszaken moeten concrete bewijzen aangeleverd worden en kunnen de partijen er eveneens toe gedwongen worden om verklaringen onder ede af te leggen. Zo levert Siri ons informatie aan die vaak niet toegankelijk is voor het brede publiek.

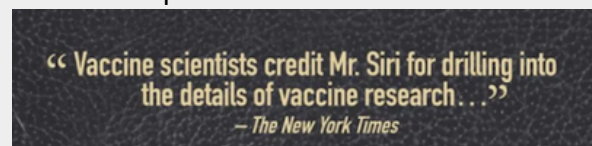
Dat kan dan gaan over interne veiligheidsstudies van de vaccinproducenten die werden afgedwongen door de rechtbank, of over verklaringen van medewerkers van die firma's die onder ede werden afgelegd. Heel vaak brengen die unieke bronnen een bevestiging van de vermoedens van vaccin-kritische wetenschappers en artsen. Ze verschaffen Aaron Siri oerdegelijk materiaal om zijn eigen visie op de vaccinreligie te ontvouwen en te documenteren.

Het is een ontzettend boeiend en diepgravend werk, waarin de diverse spelers en krachten zeer zorgvuldig worden beschreven en waarin Siri de mechanismen onthult die gebruikt worden om de belangen van big pharma veilig te stellen. Daarover gaat het blijkbaar immers bijna altijd. Het gaat zelden of nooit over de gezondheid van de kinderen, wel over de materiële belangen van de deelnemende partijen.

Een unieke bron

De kennis die Siri Aaron deelt in zijn boek vormt een vrij unieke bron voor iedereen die wil weten hoe het nu écht in elkaar zit. De inhoud van hoofdstuk 12 – die over de Henry Fordstudie – hebben we hierboven en in vroegere artikelen reeds besproken. Maar ook de andere hoofdstukken bieden geregeld inzichten en bewijsmateriaal dat ons alleen maar kan sterken in onze betrachting om correcte en betrouwbare informatie te verschaffen.

Aaron Siri hanteert de pen zoals een chirurg zijn scalpel: nauwkeurig, precies en alleen maar snijdend waar het nodig is. Daarenboven doet hij dat op een zeer methodische en uitputtende wijze. Alle aspecten komen aan bod; alle argumenten worden besproken.

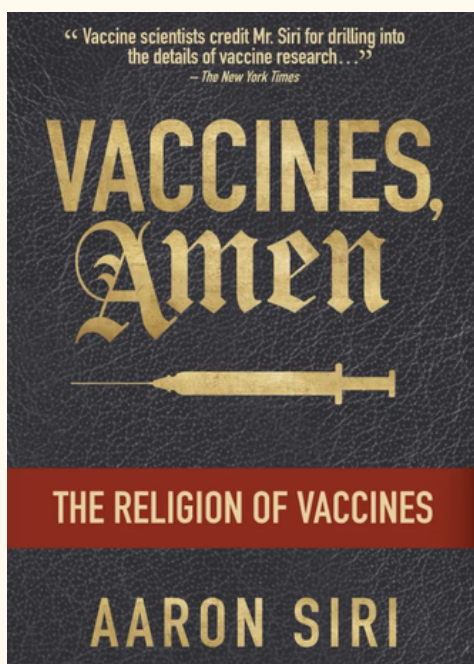


Het viel me alvast op dat de frontpagina van het boek een referentie bevat van de bekende *New York Times*. Zou er stilaan een einde aan het komen zijn aan de omerta die er hangt rond de negatieve aspecten van het vaccinatiegebeuren? (KP, 2-1-2026)



De paus van de vaccinatiereligie is allesbehalve onfeilbaar

In het voorgaande artikel bespraken we het recente boek van Aaron Siri: *“Vaccines, Amen. The Religion of Vaccines”*. Aaron Siri is een Amerikaanse advocaat die in de loop van zijn carrière een groot aantal rechtszaken heeft gepleit over vaccinatieschade. Bij de behandeling van deze juridische betwistingen kreeg hij geregeld toch wel zeer belangwekkende en vaak ook vertrouwelijke of zelfs geheime stukken van de vaccinproducenten te zien. Hij heeft ook experts onder ede kunnen ondervragen. Dankzij die kennis kan hij ons een zeer realistisch beeld schetsen van de echte gang van zaken in vaccinatieland.



Siri heeft zijn boek opgebouwd als een beschrijving, niet van de vaccinatiewetenschap, maar van het vaccinatiegeloof. Veel van het vaccinatie-narratief is immers te herleiden tot dogmatische beweringen eerder dan tot wetenschappelijke bevindingen. De structuur van zijn boek is opgebouwd uit vier delen en twaalf hoofdstukken en ziet er als volgt uit.

A. De clerus

1. de hogepriester: Stanley Plotkin
2. de discipelen: de vaccinologen
3. de priesters: de artsen

B. De kerk

4. de erfzonde: de wetgeving van 1986
5. het openbare gezicht: de regulatoren
6. de feitelijke machthebbers: de farmaceutische industrie

C. Het geloof

7. vaccins redden miljoenen levens
8. vaccins beschermen miljoenen mensen tegen ziekte
9. vaccins beschermen tegen besmetting

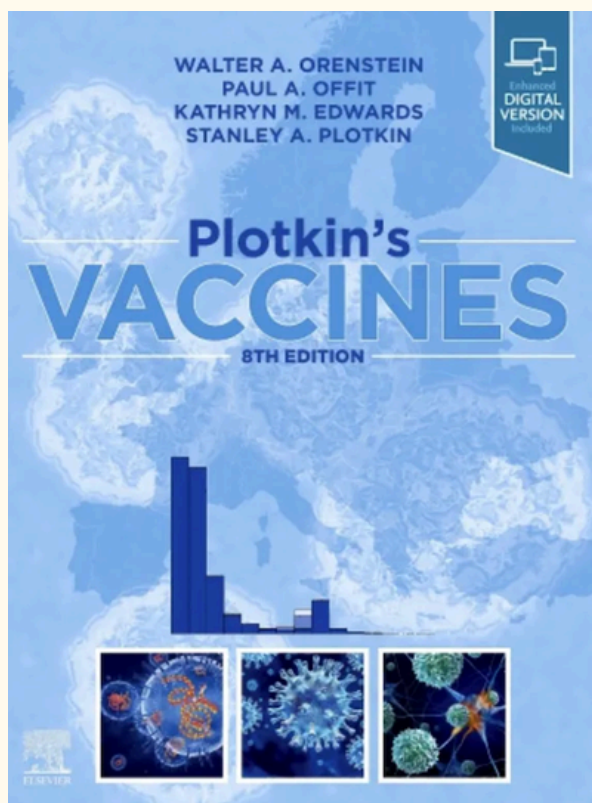
D. Het gouden kalf

10. de veiligheid van vaccins werd grondig bestudeerd voorafgaand aan goedkeuring
11. de veiligheid van vaccins wordt nauwkeurig opgevolgd na goedkeuring
12. de wetenschap

In dit artikel zullen we nader ingaan op de figuur die door Siri wordt omschreven als de hogepriester of de grote baas van het vaccinatiegeloof. Stanley Plotkin, de man waarover het gaat, wordt soms ook omschreven als de 'Godfather of Vaccinology'.

Loopbaan en realisaties

Plotkin wordt algemeen beschouwd als dé grote autoriteit inzake vaccinologie. Hij ligt ook aan de basis van het standaardhandboek inzake vaccins, dat nu al aan zijn achtste uitgave toe is. Plotkin is geboren in 1932 en stuurt al vele decennia lang het internationale beleid betreffende vaccinatie aan. Hij gaf grotendeels leiding aan deze nieuwe discipline sedert het begin van de jaren '70.



Zijn indrukwekkende loopbaan kun je op Wikipedia terugvinden. Sedert zijn aanstelling als directeur voor besmettelijke ziekten van het befaamde kinderspital van Philadelphia in 1972, heeft Stanley Plotkin zich opgewerkt tot de onontkoombare autoriteit op het vlak van vaccinwetenschap. Hij ligt ook zelf aan de basis van de ontwikkeling van de vaccins tegen rubella, rabiës en het rotavirus. In die hoedanigheid rijft hij natuurlijk ook zeer omvangrijke financiële compensaties binnen.

Gigantische belangenverstrengeling

Maar bovenal voert hij veel onderzoek uit voor de grote vaccinproducenten zoals Merck, Pfizer, Sanofi en GlaxoSmithKline (GSK). Uiteraard gaan die werkzaamheden gepaard met grote geldstromen, maar daarnaast geven ze hem een grote vinger in de pap wat strategische opties en beleidskeuzes betreft, zowel bij de firma's als bij de overheidsinstanties.

Een interessante verwijzing naar de positie van Plotkin in de Verenigde Staten zit verscholen in het gebruik van de term Plotkin Gavel bij het Amerikaanse Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Met die term wordt in de technische comités van het CDC al grappend de voorzittershamer aangeduid: wanneer het advies van Plotkin gunstig luidt, wordt een maatregel wel afgeklopt.

Siri schrijft dat Plotkin zelf zes decennia lang heeft deelgenomen aan bijna elke zitting van het ondertussen iets bekender geworden Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

Het wordt des te interessanter wanneer Aaron Siri de kans krijgt om Stanley Plotkin aan de tand te voelen. Dat deed hij tijdens een experten-onderveraging in 2018. In de beschrijving daarvan komen we toch wel zeer zorgwekkende dingen te weten.

In de eerste plaats krijgen we – onder ede – de bevestiging van een gigantische belangenverstrengeling tussen de zogenaamde onafhankelijke wetenschap en de vaccinfirma's. Even ontluisterend zijn de manier van redeneren en de vanzelfsprekendheid waarmee de verwevenheid tussen wetenschappelijke expertise en commerciële belangen wordt aanvaard, zoals het voorbeeld hieronder aantoon.

Waardeloze veiligheidsstudies

Tijdens die ondervraging vroeg Siri namelijk aan Plotkin op welke wetenschappelijke manier men het best nieuwe vaccins kan controleren op hun veiligheidsaspecten. Daarop kon Plotkin niet anders dan toegeven dat daarvoor idealiter gerandomiseerde dubbelblinde placebocontroleerde klinische onderzoeken nodig zijn. Om ook meer zeldzame bijwerkingen te kunnen opmerken moet de studiegroep daarenboven voldoende omvangrijk zijn. Tevens moet de veiligheidsstudie over een voldoende lange periode lopen, zodat ook effecten op de langere termijn opgepikt kunnen worden.

Siri ondervroeg Plotkin specifiek over de goedkeuringsprocedure voor de twee nieuwe vaccins die in de Verenigde Staten werden gebruikt om de pasgeborenen vanaf 1986 te 'beschermen' tegen hepatitis B. Dat zijn Recombivax HB en Engerix B. Op de vraag van Siri hoelang de veiligheidsstudie voor Recombivax HB duurde, moest Plotkin het antwoord evenwel schuldig blijven. Siri las het antwoord op zijn vraag rechtstreeks af van de bijsluiter: het was welgeteld ... vijf dagen. Nog op de bijsluiter stond te lezen dat de veiligheid beoordeeld was op basis van drie klinische studies waarbij 434 doses werden toegediend aan 147 gezonde baby's en kinderen. Dus op basis van die belachelijk ontoereikende veiligheidsstudies heeft de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) zijn goedkeuring gehecht aan het toedienen van dit nieuwe vaccin.

De FDA hechtte kort nadien ook zijn goedkeuring aan het Engerix-B-vaccin. De duur van de opvolgingsstudie voor Engerix-B bedroeg ... vier dagen!

Dat is dus de manier van werken op het vlak van veiligheid in vaccinatieland. Als er een **nieuw** vaccin wordt ontwikkeld, moeten – voorafgaand aan de eerste goedkeuringsprocedure – inderdaad klinische studies uitgevoerd worden over de veiligheid. In die cruciale fase zorgen de producent en de onderzoekers er blijkbaar voor dat die veiligheidsstudies zo kort mogelijk worden gehouden en op een minimale groep betrekking hebben, zodat de kans op het registreren van bijwerkingen eveneens minimaal blijft.

Van de producenten kan hiervoor nog een geringe mate van begrip worden opgebracht, maar het feit dat de FDA deze in essentie waardeloze onderzoeken accepteert, kan in mijn ogen alleen maar begrepen worden als een onloochenbare aanwijzing voor corruptie. Die laatste bewering komt evenwel niet van Aaron Siri. Daarvoor is Siri veel te zorgvuldig. Dat is alleen maar mijn eigen – subjectieve – lezing van dit gebeuren.

Wat Aaron Siri daarentegen wel schrijft in zijn boek, is dat de wetenschappelijke hoofdonderzoeker van de klinische veiligheidsstudies voor Recombivax, niemand minder was dan ... Stanley Plotkin zelf.

Compleet ontoereikende studies

Het is de moeite waard om even een blik te werpen op het onderstaande overzicht van ICAN. ICAN staat voor het Informed Consent Action Network, dat initiatieven bijeenbrengt van mensen en instanties die ijveren voor vrijheid inzake vaccinatie. Enkel met de volle instemming van de betrokkenen zijn vaccins toelaatbaar, aldus ICAN. De grote bezieler van ICAN is Del Bigtree, die daar ook al heel wat uitzendingen en documentaires over heeft gemaakt. Ook Aaron Siri heeft al veel acties ondernomen voor rekening van ICAN.

Type	Doses	Age Injected	Brand	Company ^a	Control	Placebo?	Safety Review After Injection ²	Long	Source	Note
HepB	3	Birth 1M 6M	Recombivax HB	M	None	NO	5 days	NO	Package insert at § 6.1	Note that to license a vaccine for children, the FDA relies upon the clinical trial conducted with children, not adults, because as the FDA explains, "It's important that the public recognize that, because young children are still growing and developing, it's critical that thorough and robust clinical trials of adequate size are completed to evaluate the safety and the immune response to a ... vaccine in this population. Children are not small adults[.]"
			Engerix B	G	None	NO	4 days	NO	Package insert at § 6.1	
DTaP	15	2M 4M/6M 15M 4Y	Infanrix	G	DTP	NO	30 days	NO	Package insert at § 6.1	DTP was also not licensed based on a placebo-controlled trial and it <u>increases mortality</u> . The 6-month Daptacel trial had no control, 1,454 children and "[w]ithin 30 days following any dose of DAPTACEL, 3.9% subjects reported at least one <u>serious adverse event</u> ."
			Daptacel	S	DT or DTP	NO	Up to 2 months + 1 trial 6 months	NO	Package insert at § 6.1	
PCV	4	2M 4M 6M 12M	Prenvac 13, PCV-13	P	Prenvac 7	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	Prenvac 7 trial's control was an "[i]nvestigational meningococcal group C conjugate vaccine." In Prenvac 13 trial, "[s]erious adverse events reported following vaccination in infants and toddlers occurred in 8.2% among Prenvac 13 recipients and 7.2% among Prenvac 7 recipients." In Vaxneuvance trial, "serious adverse events... were reported by 9.6% of VAXNEUVANCE recipients and by 8.9% of Prenvac 13 recipients" but deemed "safe" because "no notable patterns or numerical imbalances between vaccination groups." Prenvac 20 had similar result split into "serious adverse events" and "newly diagnosed chronic medical conditions." IPOL is <u>very different</u> than the polio vaccine created by Jonas Salk in the 1950s (used until 1960s). Hence, trials of Salk's vaccine from the 1950s were not relied upon to license IPOL. Within 30 days of injection in the ActHIB trial, 3.4% experienced a serious adverse event but "[n]one was assessed by the investigators [Sonaf] as related to the study of vaccines." Lyophilized PedvaxHB vaccine, used as the control for Liquid PedvaxHB, was tested in a trial in which controls were given placebo, OPV, and DTP but there is no indication Lyophilized PedvaxHB was ever licensed. "[T]here were 68 (0.19%) deaths following... ROTARIX... and 50 (0.15%) deaths following placebo... The most common... cause... was pneumonia... observed in 19 (0.05%) recipients of ROTARIX and 10 (0.03%) placebo recipients." Its clinical review admits "[t]he placebo consisted of all components of Rotarix, but without any RV particles." The package insert for RotaTeq similarly admits its "placebo" contains multiple ingredients as seen to the left. Comirnaty licensed for only 12+ (Spikevax, Moderna, only 18+). Placebo controls unblinded and most vaccinated during the trial. All data 16+ is combined but 12-15 data is separate, had 1,131 vaccinated children, and <u>one participant</u> shows how this trial was conducted. The trials of the original flu shot formulations for children also did not have a placebo control (see pp. 13-14) even though some adult trials did. The one inhaled influenza vaccine had a placebo but, again, it changes every year and is not safety tested in any trial. M-M-R-II trials totaled only 834 children and a third developed gastrointestinal issues and a third respiratory issues. In Priorix trial, both vaccine groups had high rate of serious adverse events, emergency room visits, and new chronic diseases (e.g., autoimmune disorders, asthma, type 1 diabetes, celiac, and allergies). See Table 6 of the Supplementary Materials. One controlled trial with 956 children, half Varivax and half Neomycin, and one trial with 32 vaccinated and another 29 vaccinated 8 weeks later, during which the first group had double the ear infections and 50% more respiratory infections. Trials for both occurred at the same time when there was no licensed Hep A vaccine and hence no excuse for not using a placebo control. It is also startling Engerix-B, see above, was the control for Havrix, and an injection of cyto-and-neuro toxic substances, AAHS and thimerosal, were used as a control for Vagta instead of a saline injection. Due to reactions, Tdap (Adacel) given at 11Y has 12.5 times less diphtheria toxoid (25Lf v 2Lf) and 10 times less pertussis toxin (25mcg v 2.5mcg) than DTaP (Infanrix) given to babies. Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Vaxneuvance PCV-15	M	Prenvac 13	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	
			Prenvac 20, PCV-20	P	Prenvac 13	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1; Clinical Review	
IPV	4	2M/4M 6M/4Y	IPOL	S	None	NO	3 days	NO	Package insert at 14-17	
Hib	3 or 4	2M 4M 6M 12M	ActHIB	S	HepB	NO	30 days	NO	Package insert at § 6.1; Basis of Approval at 8	Lyophilized PedvaxHB vaccine, used as the control for Liquid PedvaxHB, was tested in a trial in which controls were given placebo, OPV, and DTP but there is no indication Lyophilized PedvaxHB was ever licensed. "[T]here were 68 (0.19%) deaths following... ROTARIX... and 50 (0.15%) deaths following placebo... The most common... cause... was pneumonia... observed in 19 (0.05%) recipients of ROTARIX and 10 (0.03%) placebo recipients." Its clinical review admits "[t]he placebo consisted of all components of Rotarix, but without any RV particles." The package insert for RotaTeq similarly admits its "placebo" contains multiple ingredients as seen to the left. Comirnaty licensed for only 12+ (Spikevax, Moderna, only 18+). Placebo controls unblinded and most vaccinated during the trial. All data 16+ is combined but 12-15 data is separate, had 1,131 vaccinated children, and <u>one participant</u> shows how this trial was conducted. The trials of the original flu shot formulations for children also did not have a placebo control (see pp. 13-14) even though some adult trials did. The one inhaled influenza vaccine had a placebo but, again, it changes every year and is not safety tested in any trial. M-M-R-II trials totaled only 834 children and a third developed gastrointestinal issues and a third respiratory issues. In Priorix trial, both vaccine groups had high rate of serious adverse events, emergency room visits, and new chronic diseases (e.g., autoimmune disorders, asthma, type 1 diabetes, celiac, and allergies). See Table 6 of the Supplementary Materials. One controlled trial with 956 children, half Varivax and half Neomycin, and one trial with 32 vaccinated and another 29 vaccinated 8 weeks later, during which the first group had double the ear infections and 50% more respiratory infections. Trials for both occurred at the same time when there was no licensed Hep A vaccine and hence no excuse for not using a placebo control. It is also startling Engerix-B, see above, was the control for Havrix, and an injection of cyto-and-neuro toxic substances, AAHS and thimerosal, were used as a control for Vagta instead of a saline injection. Due to reactions, Tdap (Adacel) given at 11Y has 12.5 times less diphtheria toxoid (25Lf v 2Lf) and 10 times less pertussis toxin (25mcg v 2.5mcg) than DTaP (Infanrix) given to babies. Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Hiberix	G	HibTITER or other vaccine	NO	31 days	NO	Package insert at § 6.1; Clinical review at 20-21	
			Liquid PedvaxHB	M	Lyophilized PedvaxHB	NO	3 days	NO	Package insert at 6-8	
			Rotarix	G	None	NO	31 days + 1 year for intussusception	NO	Package insert at § 6.1; Clinical review at 23-24	
RV ³	2 or 3	2M 4M 6M	RotaTeq	M	Polysorbate 80, Thimerosal, Formalin, and Sodium Phosphate	NO	42 days + 1 year for intussusception	NO	Package insert at § 6.1; Clinical reports at 445 etc.	
			Comirnaty	P	Placebo	YES	6 months	NO	Package insert at § 6.1	
Flu	19	6M 7Y Yearly	Various	Various	Flu shots change annually without any clinical trial	NO	Flu shots change annually without any clinical trial	NO	CDC 22-23 Flu Shots: FDA Flu Shots	
MMR	6	12M 4Y	M-M-R-II	M	None	NO	42 days	NO	Clinical reports	M-M-R-II trials totaled only 834 children and a third developed gastrointestinal issues and a third respiratory issues. In Priorix trial, both vaccine groups had high rate of serious adverse events, emergency room visits, and new chronic diseases (e.g., autoimmune disorders, asthma, type 1 diabetes, celiac, and allergies). See Table 6 of the Supplementary Materials. One controlled trial with 956 children, half Varivax and half Neomycin, and one trial with 32 vaccinated and another 29 vaccinated 8 weeks later, during which the first group had double the ear infections and 50% more respiratory infections. Trials for both occurred at the same time when there was no licensed Hep A vaccine and hence no excuse for not using a placebo control. It is also startling Engerix-B, see above, was the control for Havrix, and an injection of cyto-and-neuro toxic substances, AAHS and thimerosal, were used as a control for Vagta instead of a saline injection. Due to reactions, Tdap (Adacel) given at 11Y has 12.5 times less diphtheria toxoid (25Lf v 2Lf) and 10 times less pertussis toxin (25mcg v 2.5mcg) than DTaP (Infanrix) given to babies. Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Priorix	G	M-M-R-II	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1; Sup materials at 12	
VAR	2	12M 4Y	Varivax	M	45 mg of neomycin per milliliter	NO	70 days	NO	Merck study at 2; Clinical reports	
HepA	2	12M 18M	Havrix	G	Engerix-B	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	Trials for both occurred at the same time when there was no licensed Hep A vaccine and hence no excuse for not using a placebo control. It is also startling Engerix-B, see above, was the control for Havrix, and an injection of cyto-and-neuro toxic substances, AAHS and thimerosal, were used as a control for Vagta instead of a saline injection. Due to reactions, Tdap (Adacel) given at 11Y has 12.5 times less diphtheria toxoid (25Lf v 2Lf) and 10 times less pertussis toxin (25mcg v 2.5mcg) than DTaP (Infanrix) given to babies. Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Vagta	M	AAHS and Thimerosal	NO	42 days	NO	Package insert at § 6.1; Merck study at 454	
Tdap	3	11Y	Adacel	S	Td, for adults	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	Due to reactions, Tdap (Adacel) given at 11Y has 12.5 times less diphtheria toxoid (25Lf v 2Lf) and 10 times less pertussis toxin (25mcg v 2.5mcg) than DTaP (Infanrix) given to babies. Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Boostrix	G	Decaver or Adacel	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	
HPV	2 or 3	9Y 9Y/1Y	Gardasil 9	M	Gardasil 4 (see note)	NO	1 month in five trials, 6 months in one trial, and 4 years in one trial	NO	Clinical review at 17-19	Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Menactra	S	Menomune	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	
Men4	2	11Y 16Y	Menveo	G	Menactra or other vaccine	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	Gardasil 9 trial gave 306 people placebo after full series of Gardasil 4. In Gardasil 4's trial, controls received aluminum adjuvant, AAHS, except 320 people labeled "Saline Placebo" that actually received <u>all vaccine ingredients</u> except antigens and AAHS. Across trials, 2-3% receiving vaccine or aluminum adjuvant (used to induce <u>autoimmunity</u>) had a suspected autoimmune disorder. Incredibly, the safety section of the package insert for Menomune lists the trial in which it was used as a control for the trial of Menactra. This provides another good example of the safety pyramid scheme in which Menomune is licensed without a placebo-controlled trial and then used as the control to license Menactra; Menactra is then used as the control to license Menveo; and then Menveo is used as the control to license MenQuadfi. What is the actual safety profile? Putting aside the limited 6-month safety period, it is unknown since Menomune's safety baseline was never established in a placebo-controlled clinical trial. Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			MenQuadfi	S	Menveo or other vaccine	NO	6 months	NO	Package insert at § 6.1	
			Bexsero	G	See note	NO	30 days	NO	Summary basis at 14-15; Clinical review at 40	
MenB	0 or 2	10Y+ if indicated	Trumenba	P	See note	NO	30 days in 3 trials + 11M in 2 trials	NO	Summary basis at 4; Clinical review at 9-10	Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
			Pneumovax 23	M	See note	NO	See note	NO	FDA documentation	
PPSV23	0 to 2	2Y+ if indicated	Pneumovax 23	M	See note	NO	See note	NO	FDA documentation	Bessero's controls injected with aluminum hydroxide and, in one trial with 120 adolescents, saline injection followed by injection of Menveo and hence FDA labels this an "active control," not a "placebo control" trial. Trumenba's trials had no placebo control group other than 12 people in a dose ranging phase II study; otherwise, the controls were injected with Gardasil+placebo, dTaP-IPV+placebo, HepA+placebo, or Menactra+Adacel+placebo. Licensed for children 2 years and older but there is no indication that there was any clinical trial involving anyone younger than 16 years of age that the FDA relied upon to license this vaccine. See all FDA documentation for this vaccine linked. Finally, a longer-term placebo-controlled trial (35k+ children). Children under 6 had severe harm and death – harms the above trials would likely miss – and older children "not previously infected are at increased risk for severe dengue." Hence, it is only given in <u>endemic areas</u> (not in U.S.) to children 6+ who had dengue (Note: 5 years insufficient for vaccine for babies.)
DEN	0 or 3	8Y+ prior infected endemic areas	Dengvaxia	S	Placebo	YES	5 years	YES	Statistical review at 10; Package insert at 4	

¹ M=Merck; G=Glaxo; S=Sanofi; P=Pfizer.

² Note that for many trials with "6 months," this review was typically around 30 days after injection with a phone call at 6 months.

³ Note that RV is given by oral drops and one influenza vaccine is given by nasal spray.

In het overzicht van ICAN staan niet minder dan dertig vaccins beschreven voor zeventien ziekte types. Het overzicht geeft aan voor welke vaccins er in de voorafgaande veiligheidsstudie een echte placebogroep werd gebruikt en hoelang die veiligheidsstudies hebben geduurd.

Bij welgeteld twee vaccins werd een placebogroep gebruikt (bij Covid-19 en bij dengue). Bij zevententwintig andere helemaal niet en bij de achtentwintigste pas in de periode na goedkeuring (HPV).

De duur van de veiligheidsstudies varieert van enkele dagen tot zes maanden. Alleen voor dengue bedroeg het een 'normale' duur: vijf jaar.

Voor gewone geneesmiddelen bedraagt de duur van de veiligheidsstudies meestal enkele jaren. Die studies betreffen ook véél grotere groepen en kosten bijgevolg veel, heel veel meer dan de vaccinstudies. De reden waarom de producenten de veiligheidsstudies van de gewone producten wél op een correcte manier uitvoeren is heel simpel. Voor gewone medische producten dragen zij de volle juridische aansprakelijkheid. Voor vaccins zijn ze bij wet vrijgesteld van aansprakelijkheid. Dat is ook de reden waarom Siri die wetgeving uit 1986 in zijn boek omschrijft als de 'erfzonde' (hoofdstuk 4).

De stuitende hypocrisie van het ethische argument

Wanneer nieuwe vaccins op de markt worden gebracht voor ziektes waartegen reeds een vaccin beschikbaar is, dan worden ook geen authentieke placebogroepen gebruikt. De reden die daarvoor wordt ingeroepen getuigt van een stuitende hypocrisie. De producenten en hun deskundigen (en de gezondheidsinstanties die zulke aanpak aanvaarden) beweren dat het zou getuigen van onethisch gedrag wanneer men de kinderen van de placebogroep het voordeel van een reeds bestaand vaccin zou onthouden.

De vergelijkingsbasis voor het nieuwe vaccin, de placebogroep, wordt dus gevormd door kinderen die een reeds bestaand vaccin ontvangen of eventueel een product waarin de adjuvantia van bestaande vaccins zijn opgenomen.

Ik vind dat argument ronduit stuitend, vooral als men weet op welke manier dezelfde firma's omspringen met het aspect veiligheid wanneer de winsten in het geding zijn. Deze firma's hebben in de loop van de afgelopen decennia – uiteraard alleen na rechtszaken – al voor miljarden dollars schadevergoeding moeten betalen voor schade die ze wetens en willens hadden veroorzaakt alleen om hun omzetcijfers niet in gevaar te brengen. Een degelijk overzicht van die maffiapraktijken kan men nalezen in het boek van Peter Gøtzsche: *Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad*.

Het ergerlijk venijnige van deze aanpak zit vooral verborgen in het gegeven dat deze werkmethode per definitie **uitsluit** dat échte placebogroepen, dit wil zeggen deelnemers die neutrale zoutoplossingen toegediend krijgen, als objectieve vergelijkingsbasis worden gehanteerd. Mocht men bij al deze honderden, dure en cruciaal belangrijke 'trials' een correcte zoutoplossing (goedkoper dan eender welk ander product) hebben gebruikt, dan zou men er wel een correcte evaluatie van kunnen maken. Waarom gebeurt dat niet? Het antwoord is duidelijk: men is ontzettend bevreesd voor het mogelijke resultaat. Maar nogmaals: het zijn de goedkeurende gezondheidsinstanties die daarvoor de hoofdverantwoordelijkheid dragen.

Het gevolg van deze hypocriete manier van werken kan men nalezen in de tabel van ICAN en – veel omstandiger nog – in het boek: "Turtles all the Way Down" (zie ons artikel in Wikje Prikje 01, pagina 47).

Het bedrog

Men kan zulke methodes moeilijk anders omschrijven dan als bedrog. Dat werkt als volgt:

1. zorg ervoor dat de veiligheidsstudies zo kort en klein mogelijk worden gehouden
2. wanneer ouders of artsen melden dat er wel degelijk schadelijke bijwerkingen werden vastgesteld, beweer dan dat de oorzakelijkheid daarvan niet bewezen is.

Wat dat laatste betreft is een studie van 2012 door het Institute of Medicine (IOM) verhelderend. Die studie werd besteld door de CDC en het verantwoordelijke federale departement HRSA (Health Resources and Administration Services) om uit te zoeken in welke mate de vele bijwerkingen die ouders en artsen rapporteren na vaccinatie, effectief aan de vaccinaties toe te schrijven zijn.

In totaal werden niet minder dan 158 van de meest gemelde bijwerkingen van vaccinatie opgelijst. Het was de bedoeling om alvast te weten te komen welke bijwerkingen *niet* konden worden veroorzaakt door de inenting.

Toen het IOM zijn conclusies bekend maakte, bleek het volgende:

- voor 5 bijwerkingen luidde de conclusie dat ze *wellicht niet* werden veroorzaakt door het vaccin
- voor 18 bijwerkingen concludeerden de onderzoekers dat ze *wellicht wel* werden veroorzaakt door de vaccins
- voor 135 bijwerkingen luidde het verdict dat er *geen studies beschikbaar* waren die de oorzakelijkheid konden aantonen of ontkennen.

De correcte omschrijving voor deze laatste groep vermoede bijwerkingen is bijgevolg: wij weten niet of de vaccins deze veronderstelde bijwerkingen al dan niet veroorzaakt hebben. Maar wat er meestal gezegd wordt is ofwel: (a) deze bijwerking wordt niet veroorzaakt door het vaccin, ofwel (b) er is geen wetenschappelijk bewijs dat deze bijwerking door het vaccin wordt veroorzaakt.

Meestal horen de ouders de tweede mening, maar ook de eerste wordt zeer vaak geopperd. Alleen is dat dan geen mening, maar een leugen, gebaseerd op een vals geloof.

Bedrog en leugens

Als het bedrog zelf niet meer werkt, probeer dan de flagrante leugen, is blijkbaar het devies in de professionele vaccinmiddens. In zijn boek illustreert Siri deze aanpak van het vaccinatiegeloof andermaal rechtstreeks op basis van de ondervraging van Stanley Plotkin. De discussie ging over het eventuele verband tussen vaccinatie en autisme.

Wat het hele medische establishment, de overheid en de mainstreammedia al decennialang uitspreken herhalen, is dat er geen verband is tussen de enorme toename van het aantal gevallen van autisme en autismespectrumstoornissen (ASS) enerzijds en vaccinatie anderzijds. Men beweert niet alleen dat er geen verband is, maar beweert, vaak nog veel nadrukkelijker, dat het wetenschappelijk bewezen is dat er geen verband bestaat. Daarover ging het dus ook in de ondervraging van Stanley Plotkin door Aaron Siri op 11 januari 2018.

Hier volgt het letterlijk citaat van de bespreking van deze kwestie (andermaal onder ede):

Siri: Als u niet weet of DTaP of Tdap* autisme veroorzaken, moet u dan niet wachten tot u dat wel weet, dus tot u wetenschappelijk bewijs hebt om te kunnen zeggen dat vaccins geen autisme veroorzaken?*

Plotkin: Moet ik wachten? Nee, ik wacht niet, omdat ik rekening moet houden met de gezondheid van het kind.

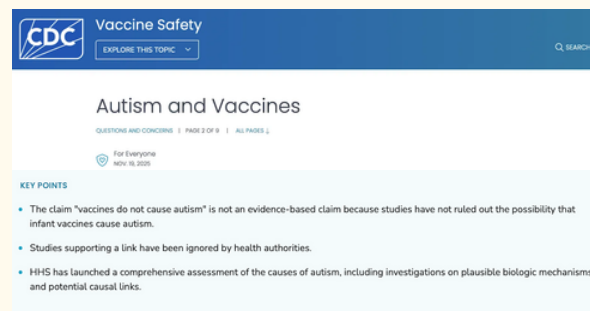
Siri: En om die reden vindt u het prima om de ouders te vertellen dat DTaP/Tdap geen autisme veroorzaakt, ook al is er nog geen wetenschappelijk bewijs om die bewering te staven?

Plotkin: Absoluut.

(Aaron Siri: Vaccines, Amen p. 29)

* Noot van de redactie: DTaP/Tdap zijn twee vaccins die behalve tegen difterie en tetanus ook tegen kinkhoest gericht zijn.

Ondertussen is de bewering op de website van het CDC als zou het wetenschappelijk bewezen zijn dat DtaP géén autisme veroorzaakt, weggehaald. Er staat nu zelfs dat de studies die op zo'n verband wezen, werden genegeerd door de gezondheidsinstanties.



Er is dus hoop ...

We zijn benieuwd wanneer deze evidentie zal neerdalen over de Belgische paus van de vaccinologen. (KP, 16-1-2026)



Studie linkt zuigelingensterfte aan vaccinatie

Onderstaand artikel van Toine de Graaf verscheen op 10 januari 2026 in De Andere Krant en is ook op de website van die krant te lezen. We nemen het met toestemming integraal over. **Vetmarkeringen** zijn van onze hand. Opmerking: als de auteur spreekt over 'tweede levensmaand', bedoelt hij de leeftijd van 60 tot 90 dagen oud, wat ikzelf de 'derde levensmaand' zou noemen.

Wereldwijd ontkennen gezondheidsautoriteiten al decennialang elk verband tussen vaccinatie en zuigelingensterfte, waaronder 'wiegendood'. Een nieuwe Amerikaanse preprint-studie zet de discussie op scherp: een analyse van gegevens van het Gezondheidsministerie in de staat Louisiana geeft aan dat baby's die in hun tweede levensmaand gevaccineerd werden, een grotere kans hadden in hun derde maand te overlijden dan ongevaccineerde zuigelingen. De wetenschappers van Children's Health Defense die de analyse uitvoerden, dringen aan op transparantie en roepen gezondheidsautoriteiten op, vergelijkbare datasets beschikbaar te stellen voor onafhankelijke analyses.

Het Gezondheidsministerie van Louisiana stelde aan de onderzoekers Brian Hooker en Karl Jablonowski van Children's Health Defense (CHD), de vaccinkritische organisatie die werd opgericht door de huidige Amerikaanse gezondheidsminister Robert Kennedy, een dataset beschikbaar van 5800 kinderen die tussen 2013 en 2024 vóór hun 3e verjaardag stierven. Van deze kinderen konden er 1775 worden gekoppeld aan hun vaccinatiegegevens.

De analyse van Hooker en Jablonowski richtte zich vervolgens op een subgroep van 1225 kinderen die de eerste 90 dagen van hun leven overleefden. Zij vonden daar bij dat baby's die in hun tweede levensmaand (60-90 dagen oud) gevaccineerd werden, een grotere kans hadden in hun derde maand (90-120 dagen oud) te overlijden dan ongevaccineerde zuigelingen. De verhoogde kans op overlijden varieerde van 29 tot 74 procent, afhankelijk van het specifieke vaccin dat werd geanalyseerd. De grootste individuele associatie werd gerapporteerd voor het rotavirusvaccin: een 74 procent hogere sterftekans, wat volgens de auteurs statistisch significant was. Bij alle vergelijkingen binnen de dataset hadden ongevaccineerde kinderen de laagste sterftecijfers in de leeftijdsfase van 90-120 dagen.

Daarnaast werden kinderen die alle vijf in de VS aanbevolen eerste vaccinaties voor baby's van 2 maanden kregen — difterie-kinkhoest-tetanus, polio, rotavirus, haemophilus influenzae type b (hib) en pneumokokken — vergeleken met zuigelingen die geen van deze vaccinaties in hun tweede levensmaand kregen. **Baby's die alle vijf vaccins kregen, hadden 60 procent meer kans in hun derde maand te overlijden dan ongevaccineerde.** Dit liep op naar 68 procent als ze na hun geboorte ook nog waren gevaccineerd tegen hepatitis B. Meisjes hadden dan zelfs een verhoogde kans op overlijden van 112 procent in hun derde maand. De auteurs suggereren, met een verwijzing naar eerder onderzoek, dat dit kan samenhangen met een sterkere immuunrespons bij vrouwen na vaccinatie, die zich vervolgens uit in een hoger percentage bijwerkingen.

“Naar epidemiologische maatstaven is het een erg kleine dataset, maar het behoort wel tot de grootste en meest gedetailleerde in zijn soort”, vertelde Jablonowski naar aanleiding van de studie aan The Defender, het nieuwsmedium van CHD. “Ik had geen verwachtingen over wat we zouden vinden, omdat er geen vergelijkingsmateriaal is. Een studie van deze omvang, met dit detailniveau, gericht op de tweede levensmaand, is voor zo ver ik weet nog nooit eerder uitgevoerd.”

Jablonowski en Hooker roepen gezondheidsautoriteiten en onderzoekers op, **vergelijkbare gekoppelde datasets beschikbaar te stellen voor onafhankelijke analyses**, met het argument dat transparantie essentieel is voor het evalueren van de veiligheid van vaccins op populatieniveau. “Eén onderzoek leidt niet tot consensus”, aldus Jablonowski. **“Het moet vele malen herhaald worden**, in elke staat, provincie of land dat bereid is te kijken. Ik ben enorm dankbaar dat CHD heeft kunnen samenwerken met zulke moedige mensen in de staat Louisiana.”

Beide onderzoekers stellen dat alleen bredere toegang tot vergelijkbare datasets — en onafhankelijke herhaling van de analyse — kan bepalen of de patronen die in Louisiana zijn waargenomen een lokale afwijking of een meer algemeen fenomeen weerspiegelen. “Elke staat, provincie en elk land waar een vaccinatieregister gekoppeld kan worden aan een overlijdensregister, kan dat bewijs leveren.”

Eind december publiceerden Hooker en Jablonowski hun analyse, die nog niet is onderworpen aan een collegiale toetsing ofwel ‘peerreview’, op Preprints.org. Kort daarna voorzag de Amerikaanse internist Clayton J. Baker deze op de website van het Brownstone Institute van extra context. **“Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs dat het gelijktijdig toedienen van meerdere vaccins de toxiciteit van vaccins verhoogt en tot de dood van kinderen leidt”**, schreef hij onomwonden. Baker verwijst naar een peerreviewed studie die in 2011 verscheen in het wetenschappelijke tijdschrift Human & Experimental Toxicology. Daarin vergeleken de Amerikaanse onderzoekers Neil Miller en Gary Goldman de kindersterftecijfers in dertig ontwikkelde landen met het aantal vaccins dat routinematig werd toegediend vóór de leeftijd van 1 jaar in elk land. Ze vonden een “zeer significant statistisch verband tussen een toenemend aantal vaccindoses en een toenemende kindersterfte”. Met andere woorden: hoe meer prikken in een land, hoe hoger de sterfte.

Baker haalt daarnaast nog een ander ongemakkelijk feit aan. De VS kent een vergoedingsprogramma voor vaccinatieschade: het *National Vaccine Injury Compensation Program* (VICP) van het Gezondheidsministerie. Het is echter voor getroffen ouders niet eenvoudig een financiële vergoeding te krijgen, maar volgens Baker zijn toch zo'n vijftig gevallen van kindersterfte gecompenseerd door het VICP. Hij noemt dit “overweldigend bewijs” dat kinderen overlijden door prikken.

“De vraag is niet of kinderen sterven door meerdere gelijktijdige vaccinaties, maar hoeveel kinderen er sterven”, aldus Baker. Hij behoort tot de artsen die nooit twijfelden aan de veiligheid van de traditionele vaccins, maar wakker zijn geschud door de gezondheidsschade van de mRNA-coronaprikken. Waarna zij ook de ‘gewone’ vaccins eens onderwierpen aan een nadere beschouwing.

De beroemdste voorbeelden in de VS zijn cardioloog Peter McCullough en intensivist Pierre Kory, die zich gaandeweg hebben ontpopt tot doorgewinterde critici van het Amerikaanse vaccinatieprogramma, dat bekendstaat als het meest uitgebreide ter wereld. McCullough deelde de preprint-studie van Hooker en Jablonowski dan ook onmiddellijk op X, waarmee hij binnen een week 350.000 views genereerde.

Wereldwijd kruipen steeds meer artsen uit hun schulp, ook in Japan. Vorig jaar maart slaagde Kenji Yamamoto, cardiothoracaal chirurg in het Okamura Memorial Hospitaal op zo’n 120 km van Tokio, erin een onthullend ‘commentaar’ geplaatst te krijgen in het wetenschappelijke tijdschrift *Discover Medicine*. Daarin verwees hij naar drie Japanse kinderen die kwamen te overlijden kort na vaccinatie tegen uiteenlopende ziekten.

Het ging onder meer om een zuigeling van 6 maanden die in november 2023 — terwijl ze verkoudheidssymptomen had — werd geprikt tegen hepatitis B, hib, pneumokokken, kinkhoest, difterie, tetanus en polio. De volgende dag werd het meisje dood aangetroffen in haar slaapkamer. Ze testte negatief voor griep en covid-19, zodat haar dood daar niet aan kan worden toegeschreven. In januari 2024 kreeg een gezond jongetje van 2 maanden vaccinaties tegen hib, rotavirus en pneumokokken. Een uur later werd hij met een hartstilstand naar het ziekenhuis gebracht, waar hij overleed. Volgens de Japanse autoriteiten kon in deze gevallen geen “causaal verband” met de vaccins worden vastgesteld.

Jablonowski liet vorig jaar in een reactie op Yamamoto’s publicatie aan *The Defender* weten dat juist **het tijdsverloop tussen een vaccinatie en een bijwerking “een van de fundamenteën” is voor het bepalen van causaliteit.** De drie Japanse overlijdens vonden plaats binnen 24 uur na de prikken.

Het is al decennialang wereldwijd van hetzelfde laken een pak: kinderen gaan soms dood na vaccinatie, maar als het aan de gezondheidsautoriteiten ligt nooit “door” vaccinatie. Hoe zeldzaam dit soort fatale incidenten ook zijn: ze vinden ook in ons land plaats. In Nederland zijn door de jaren heen tientallen van dit soort meldingen gedaan, maar in al deze gevallen konden de instanties geen “causaal verband” met de prikken aantonen. Dit verklaart waarom het RIVM al jarenlang met droge ogen beweert dat in Nederland “geen kinderen” overlijden aan vaccinatie. Het zadelt getroffen ouders op met een dubbel trauma: verlies van hun kind én ontkenning van het gebeurde.

In andere sectoren van de samenleving doet men minder krampachtig over vaccinatieschade, zoals in de huisdierenbranche. Een uitspraak op een Engelstalige website, afkomstig van een hondenfokker, spreekt boekdelen: “Inentingen tegen te veel ziekten tegelijk kunnen bij sommige rassen en honden het immuunsysteem volledig breken. **De hond of pup kan hierdoor sterven.** Ik heb dit zo vaak zien gebeuren, dat mijn fokcontract nu vermeldt dat wanneer meerdere vaccins op één dag worden gegeven de gezondheidsgarantie komt te vervallen.”

Als het **kinderen** betreft, wordt zo’n sterfgeval stevast afgedaan als een ongelukkige, maar **toevallige samenloop van omstandigheden**, waarbij een relatie met de vaccins “onwaarschijnlijk” is. Vooral de diagnose ‘wiegendood’, die volgens Rijksvaccinatieprogramma.nl niet gerelateerd is aan vaccinatie, blijkt vaak een bruikbare vluchtheuvel. In de beslotenheid van de spreekkamer durft een arts zo’n tragisch voorval tegenover ontdane ouders soms nog wel te linken aan de prikken, maar niet daarbuiten.

Om begrijpelijke redenen: wie als medicus de veiligheid van het Rijksvaccinatieprogramma openlijk in twijfel trekt, vraagt om moeilijkheden en gedoe met het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. De vaccinatiegraad is immers heilig verklaard.

dakl.nl/analyse-dataset-louisiana

dakl.nl/hogere-sterftecijfers-gevaccineerde-babys

“Adem- en hartstilstand door vaccinatie”

“Vaccins veroorzaken geen wiegendood”, staat op de RIVM-website Rijksvaccinatieprogramma.nl. Het RIVM en bijwerkingencentrum Lareb deden meldingen van wiegendood na vaccinatie altijd af als niet gerelateerd. De vraag is, of dit terecht was. In 2009 bijvoorbeeld, overleden tussen 16 en 24 oktober drie baby's die kort daarvoor waren gevaccineerd tegen verschillende ziekten. Opvallend was dat ze alle drie — twee meisjes en een jongetje — een pneumokokkenvaccin (Prevenar) hadden gekregen uit eenzelfde batch (partij). Batch D66977 werd op 3 november 2009 landelijk on hold gezet, uniek in de geschiedenis van het Rijksvaccinatieprogramma. De conclusie van onderzoek door het RIVM, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Europees Medicijnagentschap (EMA) was dat een verband met vaccinatie “onwaarschijnlijk” was. De sterfgevallen werden gekwalificeerd als “wiegendood”.

Voormalig huisarts Jannes Koetsier verdiepte zich in deze casus en kwam tot een andere conclusie: “Adem- en hartstilstand door vaccinatie” verklaarde hij in 2009 tegenover het tijdschrift Gezond Nu. De moeder had volgens Koetsier haar kind 's middags in rugligging aangetroffen in zijn bed, met het dekentje bij zijn voeten, krap twee uur na vaccinatie tegen pneumokokken en DKTP-hib (Infanrix-IPV+Hib).

Het kindje voelde nog warm aan, maar het ademde niet meer en had geen polsslag. In een academisch ziekenhuis werd het twee dagen laten hersendood verklaard, waarna overlijden volgde.

Klassieke risicofactoren voor wiegendood ontbraken. Destijds gold de herziene richtlijn *Preventie wiegendood* uit 2008, waarin risicofactoren worden aangehaald. Het jongetje was er één van een drieling die prematuur was geboren na 31 weken. Hiervoor bood de bijwerkingenparagraaf in de Prevenar-bijsluiter een aanknopingspunt: “Bij zeer prematuur geboren baby's (na of voor 28 weken zwangerschap) kunnen langere adempauzes dan normaal voorkomen gedurende 2-3 dagen na vaccinatie”. De bijsluiter van Infanrix-IPV+Hib bevatte eenzelfde passage, al werd daar gesproken over “ademhalingsmoeilijkheden”. In de bijsluiter van het vergelijkbare Infanrix-IPV viel ook de medische term voor dit verschijnsel: “apneu” ofwel tijdelijke ademstilstand. De relatie tussen vaccinatie en apneu is in ziekenhuizen aanleiding om prematuren na een vaccinatie aan de ‘apneu-monitor’ te leggen, die ook bekendstaat als ‘bewakingsapparatuur wiegendood’.

Het jongetje was bij overlijden zes maanden oud. Kon hij op dat moment nog extra gevoelig zijn voor apneu na vaccinatie? Voormalig huisarts Koetsier acht dit “heel goed denkbaar” en ziet de apneu-hypothese als “het meest waarschijnlijke scenario”. Toen het RIVM in februari 2010 naar buiten kwam met zijn eindconclusie — “geen aantoonbare relatie met vaccinatie” — zei hij: “Er moet bij de start van de reanimatie sprake geweest zijn van hart-/ademstilstand. In mijn opvatting is wiegendood altijd het gevolg van een gecombineerde hart- en ademhalingsstilstand. Dit is weer een gevolg van een ontregeling in de hersenstam. En een van de manieren om in de hersenstam iets te ontregelen, is vaccinatie. Dat is héél zeldzaam, maar het gebeurt nu en dan.”

Ook nu wijzen bijsluiters van (combinatie)vaccins op de kans van apneu bij prematuur geboren baby's. Ouders krijgen die bijsluiters niet standaard aangereikt. Alleen het deel van Rijksvaccinatieprogramma.nl dat bedoeld is voor "professionals" geeft informatie over het apneu-risico.

Toename wiegendood sinds 2022: rol coronavaccins?

Wiegendood ofwel *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) is het plotselinge, onverwachte overlijden van een ogenschijnlijk gezonde baby jonger dan 1 jaar tijdens de slaap, waarvoor geen duidelijke oorzaak gevonden kan worden, zelfs na uitgebreid onderzoek. In 1986 werden in Nederland nog 202 gevallen van wiegendood geregistreerd. Door intensieve voorlichting en preventie daalde dat aantal gestaag tot gemiddeld 25 sterfgevallen per jaar.

Vanaf 2006 bleef dat aantal relatief stabiel. "Maar sinds 2022 is een stijgende trend, zichtbaar terwijl de geboortes niet evenredig toenamen", meldde afgelopen september het kenniscentrum voor letselpreventie VeiligheidNL. "In 2022, 2023 en 2024 overleden respectievelijk 36, 41 en 37 baby's plotseling en zonder duidelijke oorzaak — ruim 50 procent meer dan het gemiddelde van de tien jaar daarvoor."

VeiligheidNL noemt de stijging "schrikbarend", maar heeft geen verklaring voorhanden. Wel ziet Mieke Cotterink, expert kinderveiligheid bij VeiligheidNL, op sociale media steeds meer "onduidelijke en mogelijk soms gevaarlijke adviezen" rond slapen.

De vraag dringt zich op of in het tijdvak 2021-2022 iets ingrijpend is veranderd rond zwangerschap en geboorte dat de dramatische trendbreuk mogelijk zou kunnen verklaren. Dit is inderdaad het geval, maar wordt niet benoemd door VeiligheidNL en andere instanties: in de loop van 2021 kregen zwangere vrouwen het advies zich te laten vaccineren tegen covid-19 om hun ongeboren kind te "beschermen", ondanks waarschuwingen van onder meer het Artsen Collectief.

Inmiddels weten we dat het mRNA uit de vaccins is gevonden in borstvoeding. De Amerikaanse auteur Naomi Wolf kraakt in haar boek *The Pfizer Papers*, dat in 2024 verscheen, hierover harde noten. "Pfizer wist dat vaccins in de moedermelk van gevaccineerde moeders terechtkwamen en baby's vergiftigden", schrijft Wolf. Pfizer produceerde volgens haar boek een overzicht van baby's die ziek werden na borstvoeding van gevaccineerde moeders, met symptomen variërend van koorts tot oedeem (zwellings) en netelroos. Eén baby kreeg stuip trekkingen en stierf aan orgaanfalen.

"Na vaccinatie ontstaat karakteristiek ademhalingspatroon"

De Slowaakse **Viera Scheibner** (1935) startte haar wetenschappelijke carrière als student medicijnen, maar stapte al snel over naar natuurwetenschappen. Vanaf haar emigratie naar Australië in 1968 tot haar pensioen in 1987 was zij werkzaam als micropaleontoloog. Via haar inmiddels overleden Zweedse echtgenoot Leif Karlsson, die als elektrotechnisch ingenieur gespecialiseerd was in biomedische monitors, maakte zij in de jaren '80 haar entree in het vaccinatiedossier.

Karlsson ontwierp de *Cotwatch*, waarmee via een sensor onder het wiegmatras de ademhaling van een baby kan worden geregistreerd.

Op die manier ontdekten beiden een relatie tussen vaccinatie en wiegendood. "Na vaccinatie ontstaat een karakteristiek ademhalingspatroon", aldus Scheibner, "met **kritieke dagen waarop de baby minder effectief inademt**. Deze dagen kunnen optreden over een periode van maanden. En wiegendood bleek zich juist voor te doen tijdens die kritieke dagen."

De kinderartsen met wie ze aanvankelijk samenwerkten, waren allerm minst gelukkig met de opmerkelijke conclusie en keerden hen de rug toe. Het legde de kiem voor een strijd die Scheibner jarenlang voortzette: "Mijn drijfveer is dat artsen de waarheid onder ogen gaan zien. Aan vaccinatie zijn nadelen verbonden. Ik wil dat dit besef door-dringt." Het mondde onder meer uit in twee boeken, waarvan er een is vertaald in het Nederlands: *Vaccinatie — Het einde van een mythe*. Dit boek van Scheibner verscheen in 2000 bij uitgeverij Lemniscaat, maar is niet meer verkrijgbaar.

(Toine de Graaf, 10-1-2026)





Het grote kantelpunt

In een poging om de vaccinatieverplichting van president Biden juridisch aan te vechten met als argument “Wij, de ongevaccineerden, zijn gezonder en mogen als controlegroep niet worden vernietigd”, werd bij het Hooggerechtshof in de VS een ontzettend gedetailleerde analyse neergelegd over de risico's van vaccineren enerzijds en niet-vaccineren anderzijds. Die analyse is volledig gebaseerd op officiële gegevens van de overheid en leidt tot ongemakkelijke vaststellingen. Onze gastauteur Kurt Wayenberg maakte er onderstaande indringende en zeer verhelderende samenvatting van.

Ik zat onlangs een abdijbier te drinken met mijn vader van 86 en mijn oom van 74. Over Covid-19 begin ik zelf al lang niet meer, dus ik keek even op toen mijn oom uit het niets zei dat “ik gelijk had” en er bijna trots aan toevoegde dat hij “zijn Covid-19-vaccinatie dit jaar niet meer genomen heeft”.

Zijn arts had hem blijkbaar meegedeeld dat er toch wel risico's zijn verbonden aan de prikken, en dat mensen dus best zelf uitmaken of ze er nog aan willen beginnen.

Het verraste me, en eerlijk gezegd deed het me deugd. Het voelt als een teken dat de publieke opinie scheurtjes begint te vertonen, zelfs terwijl Vlaamse gezondheidsinstanties en de Vlaamse overheid blijven herhalen dat er geen enkel probleem is en dat een open debat over mogelijke vaccinatie nadelen niet aan de orde is.

Het begint stilaan aandoenlijk te worden. De officiële lijn blijft hetzelfde (“De vaccins zijn veilig”, “De maatregelen waren noodzakelijk”, “Een debat is overbodig”, “Gegevens worden niet vrijgegeven”, “Vertrouw ons”) maar steeds minder mensen lijken die boodschap nog vanzelfsprekend te vinden.

Covid: de officiële lijn versus de harde feiten

In Amerika gaat het allang niet meer alleen over de publieke opinie. Daar komen de harde feiten boven water. Uit de 450.000 verplicht vrijgegeven documenten reconstrueerden journaliste Naomi Wolf en een leger vrijwilligers hoe Pfizer al in het voorjaar van 2020 wist dat het vaccin besmetting niet tegenhield, en hoe het bedrijf in november 2020 op de hoogte was van ernstige bijwerkingen. In april 2021 wist men dat er hartschade optrad bij jongeren.

Wat mij in die 'Pfizer papers' persoonlijk het meest tegen de borst stuit, is hoeveel zwangerschappen al tijdens de proeven afgebroken raakten na vaccinatie, en welke vormen van schade aan de voortplantingsorganen toen al bekend waren. Dat alles lag op tafel nog vóór de massale uitrol begon. Preventie Vaccinatieschade schreef erover in Wikje Prikjes 02 en 07.

Ook heeft de FDA inmiddels toegegeven dat tien kinderen hoogstwaarschijnlijk zijn gestorven door de mRNA-injecties (*zie elders in dit nummer*). Het is zonder twijfel slechts het topje van de ijsberg, maar nu tenminste zichtbaar aan de oppervlakte.

Intussen woedt wereldwijd het debat over de aanhoudende oversterfte, officieel nog steeds een onopgelost raadsel. Preventie Vaccinatieschade en ikzelf schreven er onder meer over in Wikje Prikje 07 ('Covid-vaccinaties: de middelen waren (veel) erger dan de kwaal'), Wikje Prikje 08 ('De oversterfte blijft maar aanhouden') en Wikje Prikje 10 ('De Japanse data'). Officieus wordt al langer gefluisterd dat bij sommige mensen het immuunsysteem ontregeld is geraakt wanneer zij gevaccineerd werden voordat ze ooit met het virus in aanraking kwamen.

Daarbovenop verschijnt er een groeiende stroom wetenschappelijke publicaties die nieuwe pathologieën koppelen aan de covidprikken. Big Pharma en het verweven gezondheidscomplex hebben zichzelf zwaar in de voet geschoten.

Terwijl het ene na het andere dossier openbreekt in het Covid-19-vaccinatiedebacle, schuift nu ook een ander domein in beeld: de klassieke kindervaccins.

Na het covid-vaccinatiedebacle: de klassieke kindervaccins

Ook daar sijpelt de achterdocht binnen en daalt de vaccinbereidheid. Mensen beginnen vragen te stellen, en terecht:

- Zijn bepaalde vaccins nog wel nodig als de betrokken ziekten met gangbare medicatie beheersbaar zijn?
- Zijn sommige vaccins nog zinvol nu de ziektes nauwelijks nog voorkomen?
- Wordt bij al die vaccins nog geëvalueerd of de risico's opwegen tegen de baten?
- Waarom genieten vaccinproducenten immuniteit tegen aansprakelijkheid?
- Waarom bestaan er geen dubbelblinde, placebogecontroleerde veiligheidsonderzoeken, zelfs niet op korte termijn?

Ook in dat domein worden nu stenen omgedraaid. En wat daar naar boven komt, verdient evenmin een schoonheidsprijs.

In mei 2025 presenteerde Robert F. Kennedy jr. zijn lijvige *Make Our Children Healthy Again* (MAHA)-rapport. Hij wees daarin ultrabewerkt voedsel, gebrek aan lichaamsbeweging, vaccins, medicijngebruik en omgevingsgifstoffen aan als factoren die de gezondheid van kinderen ondermijnen. Het rapport sloeg in als een bom, zeker in een land dat het meest uitgebreide kindervaccinatieprogramma ter wereld heeft.

Kort daarna volgde medisch journalist Del Bigtree met zijn documentaire 'An Inconvenient Study'. De film vertelt het verhaal van een topwetenschapper van het prestigieuze Henry Ford Health Institute in Detroit, die in 2020 een omvangrijke studie uitvoerde naar de impact van vaccins op de gezondheid. Toen zijn resultaten aantoonde dat ongevaccineerde kinderen gezonder waren dan gevaccineerde, besloot hij de studie om carrièreredenen niet te publiceren. Eind oktober ging de documentaire in première en won meteen de hoofdprijs van het Malibu Film Festival.

Ook de bijbehorende paper (nooit gepubliceerd, nooit peer-reviewed) lekte uit. Een uiterst degelijke en zorgvuldig uitgevoerde studie, wat de schok des te groter maakte.

Daarmee was de geest uit de fles. Mensen gingen verder zoeken en belandden bij drie oudere documentaires (Vaxxed I, II en III – zie vaccinatieschade.be/video), en bij het werk van Peter Aaby, de Deense antropoloog die het concept van niet-specifieke of heterologe vaccineffecten op de kaart zette. Zijn bevinding: vaccins beschermen wel tegen de doelziekte, maar sommige groepen gevaccineerden reageren paradoxaal slechter op andere infecties, waardoor hun algemene mortaliteitsrisico hoger kan liggen dan dat van niet-gevaccineerden.

Ook het Control Group Report (2021) van Joy Garner kwam opnieuw bovendrijven. Dit overzichtsrapport, hoewel niet peer-reviewed, concludeerde dat ongevaccineerden gemiddeld 12,4 keer gezonder zouden zijn dan gevaccineerden. De kritiek dat er selectie-bias en een beperkte steekproef was (ongeveer 1.500 volledig ongevaccineerden) is niet onterecht, maar het veiligheidssignaal had nooit zomaar genegeerd mogen worden.

PRJN4 – Juridisch Dossier bij het Amerikaanse Hooggerechtshof

In dit artikel richt ik me vooral op een juridisch-epidemiologisch bewijsdocument: Judicial Notice PRJN4 – Numerical Risk Comparison of Non-Vaccination vs Vaccination (hier te downloaden via [Vaccine Choice Canada](#)).

Het Canadese PRJN4-rapport maakte een systematische vergelijking tussen ziekterisico en vaccinatieisico, rijk aan ratio's, tabellen en risicogroepen.

Het rapport werd gebruikt in een poging om de vaccinatieverplichting van president Biden juridisch aan te vechten. De kern van de claim: "Wij, de ongevaccineerden, zijn gezonder en mogen als controlegroep niet worden vernietigd." Het Amerikaanse Hooggerechtshof besloot de zaak niet te behandelen (certiorari denied). Dat betekent niet dat de argumenten fout bevonden werden, enkel dat de zaak juridisch niet zwaar genoeg woog op nationaal niveau. De deur ging dicht, samen met het veiligheidssignaal dat in het dossier verborgen lag.

Ik wil het PRJN4-rapport opnieuw onder de aandacht brengen omdat het methodologisch verrassend sterk staat:

- het gebruikt uitsluitend publieke datasets (CDC, VAERS, Census-data, WHO)
- het berekent per vaccin de kans op ernstige vaccinreacties op basis van officiële cijfers: de SRIV ('Standardised Risk Indicator when Vaccinated')
- het berekent per vaccin de kans op ernstige infectie bij niet-vaccinatie op basis van officiële cijfers: de SRIU ('Standardised Risk Indicator when Unvaccinated')
- het vergelijkt die twee risico's (SRIV/SRIU) opnieuw per vaccin, consequent en transparant.

Meer dan 400 pagina's lang, telkens op dezelfde manier opgebouwd.

De belangrijkste conclusie is dat voor elk onderzocht vaccin de kans op een ernstige vaccinreactie hoger uitvalt dan de kans op een ernstige infectie als men ongevaccineerd blijft. De relatieve risico's liggen boven 1, en in sommige gevallen zelfs boven 200.

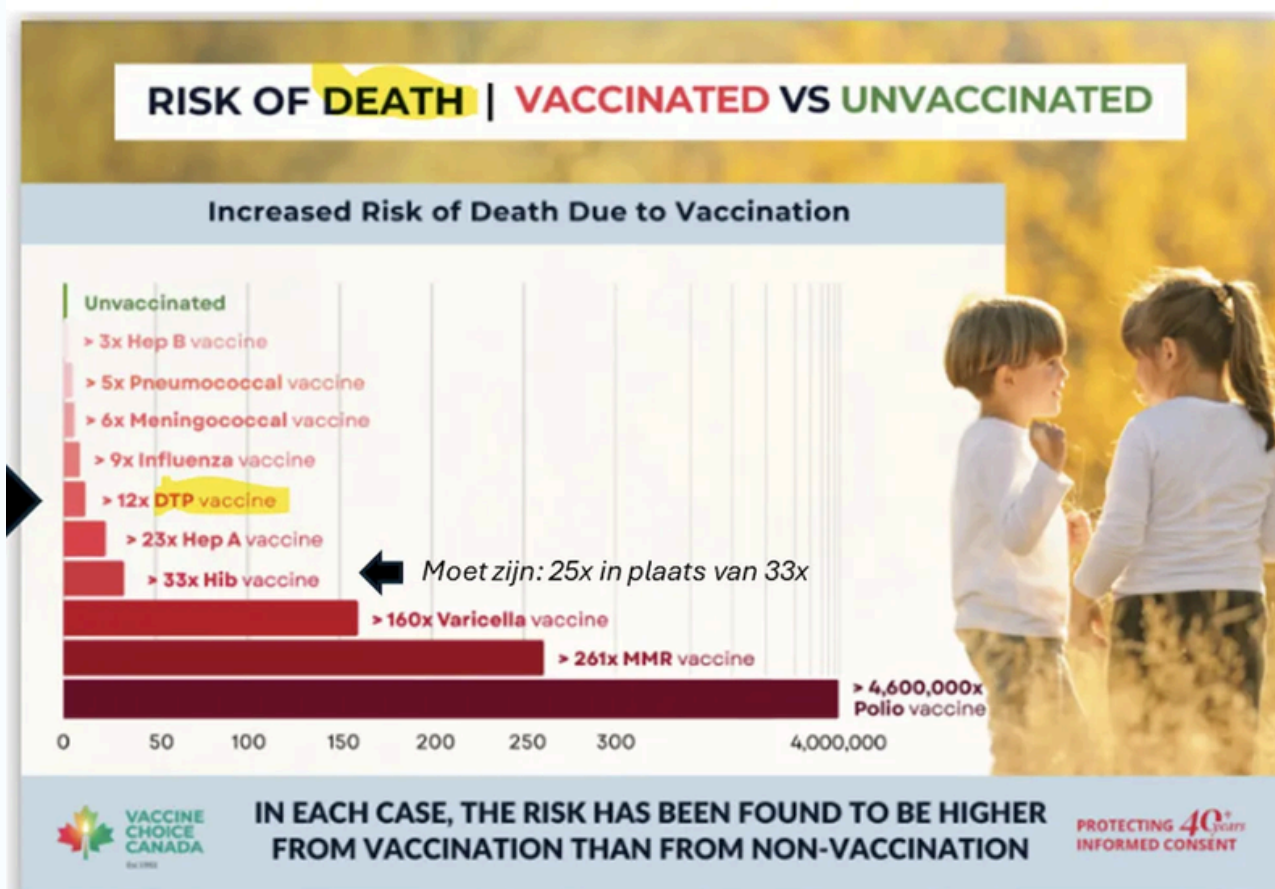
In het vervolg van dit artikel maak ik enkele kanttekeningen bij die berekeningen, want er valt wel wat op aan te merken. Maar dit soort risicovergelijkingen is essentieel. Eerlijk, consistent, zonder taboes. En mocht, na degelijk onderzoek, blijken dat een vaccin alsnog een voldoende geneeskundig voordeel behoudt, dan kunnen we dat vaccin zeker blijven gebruiken. De rest verdient een snelle exit.

PRJN4 over het DTP-vaccin – Relatief risico op overlijden paradoxaal (gevaccineerd versus ongevaccineerd)

Laten we beginnen met DTP, het vaccin dat in België wordt gebruikt tegen difterie (D), tetanus (T) en pertussis of kinkhoest (P). Volgens het PRJN4-rapport bedraagt het relatieve risico voor ernstige complicaties door vaccinatie "12" (zie hieronder).

Met andere woorden: als de berekeningen in het document kloppen, had je als 19-jarige twaalf keer meer kans gehad om te overlijden door het ontvangen van de aanbevolen kindervaccins dan je kans zou zijn geweest om als ongevaccineerd kind te sterven aan een van deze ziekten. Dat is althans wat het rapport stelt.

Grafiek 1: Risk of Death: Vaccinated vs Unvaccinated



En om meteen de voorspelbare kritiek te pareren dat dit een “absurd” of “onmogelijk” risico zou zijn: dr. Peter Aaby kwam al jaren geleden, op basis van zijn Demographic Surveillance System in Guinee-Bissau, tot de conclusie dat het DTP-vaccin geassocieerd was met een verhoogde algemene mortaliteit van ongeveer factor 5, zelfs al stierven die kinderen niet aan difterie, tetanus of kinkhoest. Dat soort bevindingen maakt de claim uit het PRJN4-rapport dus niet uit de lucht gegrepen.

Maar goed, laten we eerst helder uitleggen hoe het rapport tot die relatieve risico-ratio van 12 komt.

De teller: de SRIV, het risico dat een 19-jarige heeft gelopen door alle aanbevolen vaccins te nemen

Het rapport rekent (op basis van VAERS-data) uit welk cumulatief risico een kind loopt wanneer het alle prikken volgens schema krijgt. Voor DTP ziet dat er als volgt uit, in grote lijnen:

1. Ze tellen het aantal VAERS-meldingen van ernstige voorvallen met dodelijke afloop (SAE_REP_DEATH) die gekoppeld zijn aan DTaP/Tdap-polio-combinaties.
2. Ze gaan ervan uit dat slechts 1 procent van de ernstige voorvallen wordt gemeld (parameter NR) en vermenigvuldigen de telling dus met 100.
3. Ze erkennen dat er niet altijd een oorzakelijk verband is, en corrigeren daarom met een causaliteitsfactor van ongeveer 21,5 procent (SAE_CR).
4. Ze verdelen de voorvallen over gelijktijdig toegediende vaccins volgens de dosisverhoudingen (PCENT_SUBGRP_SUBJ).
5. Ze delen dit door het geschatte aantal toegediende doses (V_SP) en vermenigvuldigen het resultaat vervolgens met het aantal doses in het vaccinatieschema (V_SCH) om zo het risico per volledig gevaccineerd kind te berekenen.

Juridisch dossier voor het Amerikaanse Gerechtshof (PRVN4): enkele gebruikte afkortingen

SIRV: Standardized Risk Indicator when Vaccinated

SRIU: Standardized Risk Indicator when Unvaccinated

NR: Notification Completion Rate. Slechts 1 procent van de ernstige bijwerkingen wordt gemeld.
Informatie berekend in de zgn. Lazarus studie uit 2010 (Grant Final Report Grant ID: R18 HS 017045)

CR: Correctie met een Causaliteitsfactor van 21,5% (Correction ratio)

DRP: Disease Rate in Population

VE: Vaccin-effectiviteit

VC: Vaccine Coverage (vaccinatiegraad)

VAERS: Vaccine Adverse Events Registration System

SAE: Severe Adverse Events. Bijwerkingen van ernstige aard

SP: Study Period ?

DTP: Diphtheria, Tetanus and Polio

DRU: Disease Rate in the Unvaccinated

DRIU: Disease Rate (Increased) for an Unvaccinated person above that for a vaccinated person

SRD: Disease-associated SAE Rate per Disease case (e.g. case fatality rate) in an unvaccinated, vaccine-eligible person

De onderstaande tabel 1 vormt de basis waarvan het rapport uitgaat bij zijn risicoberekening voor DTP en polio.

Tabel 1: Basisgegevens van VAERS voor de analyse van de vaccinatierisico's voor difterie, tetanus, kinkhoest en polio

Analyses results – Diphtheria, Tetanus, Pertussis and Polio vaccination risks				
		Diphtheria, Tetanus, Pertussis		
Description	Polio (IPV)	DTaP	Tdap	Total
# VAERS records	141	198		
# SAEs reported during SP (SAE_REP)	253	388		
# Hospitalizations / Extended Hospitalizations in SP (SAE_REP_HOSP)	121	179		
# Deaths during SP (SAE_REP_DEATH)	3	5		
Notification completeness Rate (NR)	< 1%	< 1%		
# Estimated actual number of SAEs during SP (SAE_ACTUAL)	> 25,300	> 38,800		
% SAEs estimated to be vaccine-caused (SAE_CR)	21.54%	21.54%		
# Estimated vaccine-caused SAE_ACTUALs (SAE_C)	> 5,450	> 8,358		
% SAE_REPs where no concomitant vaccination(s) (PCENT_SUBJ_ONLY)	14.2%	17.3%		
Where concomitant vaccinations, % of all doses that were of the subject vaccine(s) (PCENT_SUBJ_COM)	51.9%	34.3%		
# Estimated SAE_Cs caused by subject vaccines, based on above two %s (SAE_C_SUBJ)	> 3,199	> 3,814		
% SAE_REP-associated doses that targeted this disease subgroup (PCENT_SUBGRP_SUBJ)	35.5%	64.5%	100%	
# Estimated SAE_Cs attributable to subgroup vaccine doses (SAE_C_SUBGRP)	> 1,135	> 2,064	> 3,814	
# Vaccine doses administered to relevant population during SP for that subgroup (V_SP)	11,574,493	11,535,298	19,729,057	
Estimated rate of SAE_C_SUBGRP per subgroup vaccine dose (SRI)	> 1 / 10,196	> 1 / 5,589	> 1 / 5,173	
# Doses scheduled (V_SCHD) – 6–11 mths	2	3		
# Doses scheduled (V_SCHD) – 1–6 years	1.13	1.33		
# Doses scheduled (V_SCHD) – 7–10 years	0.27	0.67		
# Doses scheduled (V_SCHD) – 11–19 years	0.6		1	

Wat volgens hun berekeningen leidt tot een gestandaardiseerde risico-indicator voor gevaccineerden (SIRV) van 1 op 76.341.

Tabel 2: Risicoanalyse van vaccinatie voor difterie, kinkhoest, tetanus en polio (bijwerkingen, hospitalisatie en sterfte)

Description (cont.)	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (cont.)			Totals (cont)
	Polio (IPV) (cont)	DTaP (Pertussis cont)	Tdap (Pertussis cont)	
SRIV – 6–11 months	> 1 / 5,098	> 1 / 1,863		> 1 / 1,364
SRIV – 1–6 years	> 1 / 8,997	> 1 / 4,192		> 1 / 2,859
SRIV – 7–10 years	> 1 / 38,236	> 1 / 8,384		> 1 / 6,876
SRIV – 11–19 years	> 1 / 16,994		> 1 / 5,173	> 1 / 3,966
SRIV Total – 6 months–19 years	> 1 / 2,549		> 1 / 919	> 1 / 676
SRIV_HOSP – 6–11 months	> 1 / 10,660	> 1 / 3,895		> 1 / 2,853
SRIV_HOSP – 1–6 years	> 1 / 18,811	> 1 / 8,765		> 1 / 5,979
SRIV_HOSP – 7–10 years	> 1 / 79,949	> 1 / 17,529		> 1 / 14,377
SRIV_HOSP – 11–19 years	> 1 / 35,533		> 1 / 11,213	> 1 / 8,523
SRIV_HOSP Total – 6 months–19 yr	> 1 / 5,330		> 1 / 1,934	> 1 / 1,419
SRIV_DEATH – 6–11 months	> 1 / 429,946	> 1 / 157,113		> 1 / 115,065
SRIV_DEATH – 1–6 years	> 1 / 758,728	> 1 / 353,504		> 1 / 241,149
SRIV_DEATH – 7–10 years	> 1 / 3,224,595	> 1 / 707,009		> 1 / 579,869
SRIV_DEATH – 11–19 years	> 1 / 1,433,153		> 1 / 401,429	> 1 / 313,592
SRIV_DEATH Total – 6 months–19 yr	> 1 / 214,973	> 1 / 76,341		> 1 / 56,335

Ik heb de volledige detailberekening per leeftijdsband niet opnieuw gemaakt, maar ruw gesteld komen zij tot dit cijfer omdat de 5 + 2 doden (waarbij één overlijden technisch onder polio valt) na onderrapportagecorrectie (*100) en causaliteitscorrectie (*21,5%) zouden overeenkomen met ongeveer 150 overlijdens in werkelijkheid.

Verdeeld over meer dan 25 miljoen toegediende doses en vermenigvuldigd met het aantal doses in het vaccinatieschema ben je zelfs eerder aan het onderschatten.

Mijn eigen ruwe berekening kwam uit op ongeveer 1 op 86.466 (*), wat netjes aansluit bij de som van de SRIV_DEATH-ratio's per leeftijdscategorie en dus bij het cumulatieve risico op 19-jarige leeftijd na volledige vaccinatie.

(*) Voor de liefhebbers: die 76.341, of mijn ruwe 86.466, volgt uit:

$$= 1 / ((1 / (((11\ 535\ 000) / (3 * 0,654 * 1/1\% * 0,2154))) * 5/3) + (1 / (19\ 729\ 000 / (5 * 1/1\% * 0,2154))))$$

De noemer: het risico op overlijden door de ziekte zelf (difterie, tetanus of kinkhoest) bij ongevaccineerd zijn (of de Standardized Risk Indicator when Unvaccinated: SRIU) .

Tot zover de teller. Nu de noemer: het risico dat een niet-gevaccineerde loopt.

Het PRJN4-dossier pakt dit opvallend stoïcijns aan: men neemt de disease rate in the population (DRP), de vaccineffectiviteit (VE) en de vaccinatiegraad (VC) over van officiële bronnen en fabrikanten. Vervolgens draaien de auteurs de algebra om en stellen:

“Gegeven jullie eigen cijfers over effectiviteit en dekking, volgt hieruit automatisch het risico voor ongevaccineerden.”

Bijvoorbeeld voor tetanus:

Tabel 3: Berekening voor het gestandaardiseerde risico voor de ziekte zelf bij ongevaccineerden (SRIU) voor tetanus

Age range (targeting vaccine)	6–11 mths (DTaP)	6 mths - 6 yrs (DTaP)		7–10 yrs (DTaP)	11–19 yrs		Average / Total
		1–4 yrs	5–6 yrs		Td/Tdap	DTaP/DTP/DT/Td	
DRP (annual)	≤ 1 / 17,704,223	1 / 72,071,910	~ 1 / 19,836,172	~ 1 / 19,146,984	~ 1 / 19,925,316		~ 1 / 23,053,732
VC (vaccine coverage)	≤ 86%	~ 94.7%	~ 94.9%	~ 95.1%	~ 86.3% (VC1) –	~ 95.9% (VC2)	95.1%
VE (vaccine effectiveness)	< 98.9%	< 80.4%	< 96.9%	< 96.4%	< 96.2% (VE1) –	< 94.7% (VE2)	92.3%
					≤ 96.1%		
DRU (annual)	< 1 / 2,653,606	< 1 / 17,233,417	< 1 / 1,597,302	< 1 / 1,597,302	< 1 / 1,576,219		< 1 / 2,109,740
DRIU (annual)	< 1 / 2,682,709	< 1 / 21,444,628	< 1 / 1,648,157	< 1 / 1,657,799	≤ 1 / 1,638,176		< 1 / 2,054,164
SRIU (= DRIU total over age range)	< 1 / 5,365,419	< 1 / 5,361,157	< 1 / 824,079	< 1 / 414,450	≤ 1 / 182,020		< 1 / 105,339
		< 1/714,284					
SRD: Case fatality rate		≤ 7%					
SRIU (death): total over age range	< 1 / 76,648,841	< 1 / 10,204,057		< 1 / 5,920,711	< 1 / 2,600,279		< 1 / 1,504,847

Het risico om op je 19e te overlijden aan tetanus bedraagt op die manier ongeveer 1 op 1,5 miljoen.

Na dezelfde oefening voor difterie en kinkhoest komt de sterftekans voor ongevaccineerde kinderen en jongeren (6 maanden tot 19 jaar) via simpele algebra (DRIU= VE x (DRP / (1 – (VC x VE)))) uit op:

SRIU_DEATH (D + T + P, 6 mnd – 19 jr) < 1 op 897.529.

Met andere woorden: volgens deze berekeningen is het risico om in die periode te overlijden aan difterie, tetanus of kinkhoest kleiner dan 1 op 897.529 wanneer je nooit gevaccineerd wordt.

Juridisch Dossier bij het Amerikaanse Hooggerechtshof over het DTP-vaccin: risico op overlijden 12 keer hoger voor gevaccineerden dan voor ongevaccineerden

En dus: omdat de SRIV (het risico op overlijden door vaccinatieschade, gebaseerd op VAERS) uitkomt op ongeveer 1 op 76.341, stelt het rapport dat je ongeveer 12 (eigenlijk 11,75) keer meer risico loopt te sterven door het vaccin dan door de ziekte zelf.

Geen speciale modellen. Geen simulaties. Geen zwarte dozen.
Alleen officiële cijfers. Rechttoe rechtaan. En qua eenvoud bijna elegant.

Sensitiviteitsanalyse

Maar natuurlijk valt hier een en ander op aan te merken.

De teller, het risico dat een 19-jarige heeft gelopen door alle vaccins te krijgen, kan overschat zijn. De noemer, het risico dat een ongevaccineerde loopt, kan onderschat zijn. Een kleinere teller en een grotere noemer zouden de ratio doen zakken.

Maar de omgekeerde redenering is even geldig:

De teller kan ook onderschat zijn.
De noemer kan overschat zijn.
In dat geval wordt de ratio alleen maar groter...

Sensitiviteitsanalyse van de teller (het risico dat een 19-jarige heeft gelopen door alle aanbevolen vaccins te nemen)

Laten we daarom eens goed kijken naar de meest discutabele parameter in deze hele berekening: de Notification Completeness Rate (NR) ofte meldingsgraad van 1 procent.

Een Notificatie Ratio (NR) van 1 procent betekent dat slechts 1 op 100 ernstige gebeurtenissen of overlijdens wordt gemeld aan VAERS.

De auteurs hebben dit cijfer niet zelf verzonnen; het staat gewoon in de documentatie van Openvaers.

Further it states, "Adverse events from drugs and vaccines are common, but underreported. Although 25% of ambulatory patients experience an adverse drug event, less than 0.3% of all adverse drug events and 1-13% of serious events are reported to the Food and Drug Administration (FDA). Likewise, fewer than 1% of vaccine adverse events are reported."

Die waarde wordt al decennia genoemd als maximale algemene rapporteringsgraad voor het brede spectrum aan bijwerkingen omdat:

- vrijwel niemand milde of matige klachten rapporteert
- passieve systemen structureel kampen met lage betrokkenheid
- artsen alleen bij duidelijke of dramatische symptomen in actie schieten
- tijdsdruk en bureaucratie geen goed doen aan de meldingsbereidheid.

Er is ook veel literatuur die lage percentages bevestigt. En er was ook een berucht Mass General-onderzoek (anafylaxie bij zorgpersoneel) dat een enorme onderrapportage vaststelde, zelfs voor een toch niet onschuldige, redelijke erge allergische reactie, en dat zelfs in een context waarbij iedereen toekeek ...

Het idee dat VAERS een NR (meldingsgraad) heeft die ergens richting 50–80% zou zitten (volgens Vaxopedia), is volgens mij dan ook een illusie.

De realiteit is dat 5–25% rapportering waarschijnlijk het best haalbare is, gezien de systematische factoren:

- tijdrovendheid van rapporteren
- inconsistentie per arts of instelling
- vooringenomenheid I (“vaccins zijn veilig, dus dit zal wel toeval zijn”)
- vooringenomenheid II (“correlatie is geen causatie”)
- bureaucratische afkeer zodra er formulieren opduiken.

De covidperiode bevestigde deze zwakte. Meer nog, ondanks ongeziene publieke aandacht en mandaten was er gaslighting, onderschatting en verwarring rond meldingen. Ik vrees dat ze daar zelfs de grens van 5% melding van ernstige bijwerkingen niet gehaald hebben (en nog steeds niet).

Natuurlijk, wie zegt dat er correcter gerapporteerd wordt, moet consequent zijn en ook de andere kant van de vergelijking durven bekijken: de causaliteit. In het PRJN4-rapport staat de SAE_CR op 21,54 procent. Dat betekent dat van elke 100 ernstige voorvallen of overlijdens die in VAERS gemeld worden, er volgens de gehanteerde criteria slechts 21,54 als causaal verbonden worden beschouwd met vaccinatie. Als je ervan uitgaat dat overlijdens beter gerapporteerd worden, dan is het minstens even verdedigbaar te stellen dat die meldingen gemiddeld ook een hogere kans hebben om effectief causaal te zijn.

Waar het rapport dat causaliteitscijfer precies haalt, vond ik niet meteen terug. Maar wie PubMed raadpleegt, botst snel op oudere maar relevante literatuur, zoals *Causality assessment of adverse events reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)*. Dat artikel stelt dat ongeveer 23 procent van de meldingen waarschijnlijk (20%) of zeker (3%) gerelateerd is aan vaccinatie. Bovendien zit er nog eens 20 procent in de categorie “mogelijk causaal”. Met andere woorden: die 21,54 procent is geen onwrikbare constante. Er zit behoorlijk wat rek op.

Ik heb bij wijze van gevoeligheidsanalyse het cijfer van de rapportagegraad (NR) verhoogd van 1% achtereenvolgens naar 2%, 4%, 7%, 15%, 25%, 50% en 100%. Voor de causaliteit heb ik de 20% “mogelijk causaal uit het PubMed artikel” per 5% mee in de sensitiviteitsanalyse genomen. Je krijgt dan deze tabel.

Tabel 4: Sensitiviteitsanalyse: Alleen bij zeer hoge rapportage en ongewijzigde causaliteit is het risico op vaccinatieschade in lijn met het berekende risico van de ziekte zelf ...

	Causaliteit (SAE_CR)	Causaliteit (SAE_CR)	Causaliteit (SAE_CR)	Causaliteit (SAE_CR)	Causaliteit (SAE_CR)
	21,54%	26,54%	31,54%	36,54%	41,54%
Detail berekening PJRN4	11,8	-	-	-	-
Ruwe eigen berekening	10,4	12,8	15,2	17,6	20,0
2% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	5,2	6,4	7,6	8,8	10,0
4% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	2,6	3,2	3,8	4,4	5,0
7% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	1,5	1,8	2,2	2,5	2,9
15% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	0,7	0,9	1,0	1,2	1,3
25% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8
50% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4
100% NR (Not. Compl. Rate) VAERS	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2

PRJN4 rekent uitermate correct binnen z'n eigen aannames, maar de gebruikte 1% reporting rate ligt dus toch wel moeilijk. Zoals ik boven aangeef is een reporting rate tussen 5–25% waarschijnlijk het best haalbare. Bij ongeveer 15% draait de '12× hogere sterftekans' simpelweg om en komt DTP-vaccinatie weer in het voordeel, al blijft het effect in de rest van het interval zeer bescheiden. Alleen met irreële veronderstellingen wordt vaccinatie heroïsch veilig.

Sensitiviteitsanalyse van de noemer (het risico op overlijden door de ziekte zelf bij ongevaccineerd zijn)

Kritiek leveren op de noemer is nóg lastiger, al zijn er een paar theoretische ingangen:

1. Er is geen geavanceerd transmissiemodel gebruikt.
2. Er is geen rekening gehouden met groepsimmunititeit.
3. Niemand weet wat de feitelijke graad van de ziekte in de bevolking vandaag nog is.

Voor punt (1) en (2) valt zeker iets te zeggen, maar dat is niet de taak van de PRJN4-auteurs. Het is aan de fabrikanten en gezondheidsinstanties om met correcte, gedifferentieerde effectiviteits- en dekkingscijfers te komen. Zodra die er zijn, zullen de PRJN4-onderzoekers met plezier de algebra omkeren.

De kritiek onder punt (3) raakt echter de kern van de hele discussie: niemand weet vandaag écht wat de correcte ziektelast of *Disease Rate in the Population* (DRP) is, laat staan wat deze zou zijn in een volledig ongevaccineerde wereld. Niet de farmaceutische industrie, niet de WHO, niet de nationale instituten.

Wat we hebben zijn cijfers die grotendeels teruggaan op het pre-vaccinatietijdperk, aangevuld met fragmentarische data uit kleine uitbraken. Lokaal, kortdurend, vol ruis. Het zijn aannames, bandbreedtes, extrapolaties.

Dus ja, je mag zeker kritiek hebben op de gebruikte aannames. Maar de onderzoekers hebben niets verzonnen. Ze volgen de officiële cijfers, hanteren de officiële parameterreeksen en voeren de berekeningen strikt en methodisch uit. Dat is ironisch genoeg meer “wetenschappelijk” dan het gros van hun critici graag toegeeft.

Over de hele wereld vragen vaccinkritische onderzoekers en artsen al jaren om een open debat. En dat debat is nu eenmaal moeilijk. Hoe hoger de DRP en hoe gevaarlijker een ziekte, hoe belangrijker vaccinatie wordt. Maar de context van vandaag is niet meer die van twintig of dertig jaar geleden.

De heilkunde is spectaculair verbeterd waardoor je echt niet meer zo snel doodgaat! Als door het stoppen met bepaalde vaccins, sommige ziektes opnieuw meer zouden opduiken, zal de ernst van die ziekten (de DRP) vermoedelijk ook nog eens veel lager liggen dan vroeger, onder andere door:

- veel betere medische zorg (antibiotica, medicatie, rehydratatietherapie, spoeddiensten met apparatuur die vroeger sciencefiction was)
- verbeterde hygiëne, sanitaire voorzieningen, drinkwater, voeding, minder overbevolkte huishoudens, minder fysieke stress
- veiligere werkomgevingen, betere infrastructuur, betere huisvesting, effectieve ongediertebestrijding
- stabielere inkomens, veiliger sociaal gedrag (zieke kinderen thuis houden, basishygiëne)
- enzovoort.

Je kunt je trouwens zelfs afvragen of we soms niet overdrijven in het 'te voorzichtig' zijn. Tegenwoordig is je kind, bij wijze van spreken, al niet meer welkom op school of in de crèche als het een snotneus heeft, en word je bijna gelyncht als je vertelt dat we vroeger mazelenfeestjes gaven ...

Conclusie rond de sterfte cijfers

Of de samenvattende 'overlijdensgrafiek' (grafiek 1) van het PRJN4-rapport tot op de komma juist is, doet eigenlijk niet ter zake.

Dit rapport is geen sluitend bewijs van buitenproportionele sterfte door vaccinatie, maar alvast het zoveelste veiligheidssignaal dat men niet mag negeren.

Voor de volledigheid nog even het overzicht rond de sterftecijfers. Ik heb de cijfers in rood gezet omdat de ratio naar alle waarschijnlijkheid overschat is...

Tabel 5: Relatieve sterfte door vaccinatie versus door ziekte (volgens het PRJN4-rapport)

Vaccin	SRIV_Death (1/...)	SRIU_Death (1/...)	SRIU_Death / SRIV_Death
D+P+T	76,341	879,529	12
Polio	214,973	1,000,000,000	4,652
D+P+T+Polio	56,335	900,000	16
Me+Mu+Ru (MMR total)	108,666	28,413,478	261
Varicella	202,398	32,331,860	160
Hepatitis A	72,948	1,667,135	23
Hepatitis B	96,314	305,465	3
Hib	45,966	1,149,710	25
Pneumococcal	50,056	236,562	5
Meningococcal	141,124	821,592	6
Influenza (pediatric deaths)	15,702	135,905	9

Al wil ik hier toch weer herhalen dat, niet tegenstaande de waarschijnlijke overschatting van de sterfteratio dit (deel van het rapport) zeker een ernstig veiligheidssignaal in zich draagt.

Wat met de ziekte- en hospitalisatiecijfers?

Het veiligheidssignaal wordt zelfs nog veel sterker als we de ziekte en hospitalisatie bekijken. Voor deze tabel heb ik de gegevens van p. 352, 353, 401, 432 in één tabel gezet.

Tabel 6: Relatieve schade / hospitalisatie door vaccinatie versus door ziekte

Vaccins	SRIV_Illness (1/...)	SRIV_Hosp (1/...)	SRIU_Illness (1/...)	SRIU_Hosp (1/...)	SRIU_Illness / SRIV_Illness	SRIU_Hosp / SRIV_Hosp
D+P+T	919	1.934	6.509	6.509	7	3
Polio	2.549	5.330	50.000.000	50.000.000	19.616	9.381
D+P+T+Polio	676	1.419	6.500	6.500	10	5
Me+Mu+Ru (MMR total)	1.303	2.737	245.195	455.101	188	166
Varicella	2.427	5.099	58.894	58.894	24	12
Hepatitis A	875	1.838	10.000	44.235	11	24
Hepatitis B	1.155	2.426	66.000	66.000	57	27
Hib	551	1.158	56.400	56.400	102	49
Pneumococcal	600	1.261	2.790	4.500	5	4
Meningococcal	1.692	3.555	123.290	123.290	73	35

Ook hier zien we weer complete foute ratio's tussen schade na vaccinatie versus schade door de ziekte zelf.

Echter, in dit geval is de gebruikte 1% NR (rapportagevolledigheid ofte meldingsgraad) zeer aannemelijk. Ja, er blijft nog een probleem met de DRP in de noemer, maar dat probleem beïnvloedt beide delen van de breuk. En erger nog. Dat cijfer is niet meer gekend in onze overgevacceerde wereld.

Voor de twee vaccins in het rood is de data te onbetrouwbaar omdat de ziekteratio te klein is – lees te weinig mensen worden er ziek van (theoretisch door de vaccins zelf in combinatie met groepsimmunitet), en dus worden de ratio's te onbetrouwbaar. Dat geldt zeker voor polio en in zekere mate ook voor het BMR-vaccin (MMR in de tabel) ...

Conclusie

Mocht er meer zekerheid zijn over de sterfteratio, zou tabel 6 alleen al voldoende zijn om het merendeel van de vaccins op de schop te doen omdat de vaccins stukken erger lijken dan de ziekte die ze trachten te voorkomen.

Wat het rapport aantoont, is dat de veiligheid van vaccins eindelijk eens degelijk, robuust en volgens de gouden standaard (dubbelblind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd) moet worden onderzocht. Niet op papier, niet via modellen, maar in echte studies.

En het wordt zeker ook tijd om opnieuw te evalueren of al die vaccins in deze nieuwe wereld nog nuttig en zinvol zijn: Varicella? Hep A? Hep B? Hib? Pneumokokken? Tetanus? Rotavirus?

Voor wat het waard is: in de VS is deze maand (december 2025) hepatitis B geschrapt uit de lijst van aanbevolen vaccins voor pasgeborenen (*zie artikel elders in dit nummer*).

Ik heb onze eigen Hoge Gezondheidsraad hier al op gewezen en gevraagd hun huidig advies aan te passen, met helaas als antwoord: "Vaccinatie tegen Hepatitis B is veilig en effectief bevonden en blijft dus ook opgenomen in ons basisvaccinatieschema."

Gezondheidsinstanties blijven dus duidelijk elk debat weigeren. Tot die houding verandert, zal het vertrouwen verder blijven afbrokkelen.

De vaccinbereidheid zal blijven dalen. Niet langzaam, maar steeds sneller. En dat treft uiteindelijk ook de paar vaccins die (waarschijnlijk) wél echt nuttig zijn.

We staan werkelijk op een kantelpunt. (*Kurt Wayenberg, 22-12-2025*)

Gastauteur

Kurt Wayenberg (26/05/1965) is geen arts, noch viroloog of medische wetenschapper, maar evenmin een antivaxer noch een complotdenker. Hij is al meer dan 35 jaar actief in de technologiesector en in het verwerken van grote hoeveelheden informatie. Zijn geloofsbrieven bevatten een master in wiskunde, een master in bedrijfseconomie (waaronder statistiek & econometrie), en een master in artificiële intelligentie. Kurt onderhield tijdens de coronacrisis ook de website <https://hoe-erg-is-corona-echt.be>, waar allerlei statistieken kunnen worden teruggevonden.

Kurt staat sinds 6 januari 2021 elke woensdag tussen 20:00 en 21:00 uur op de Grote Markt in Mechelen met een aantal andere coronamaatregelen-sceptici om een onafhankelijk onderzoek naar het coronabeleid te vragen.

Nawoord van Preventie Vaccinatieschade

Bij Preventie Vaccinatieschade vinden we de bovenstaande analyse razend interessant. Dank aan onze gastauteur Kurt Wayenberg voor zijn zorgvuldige en grondige werk!

De conclusie durven we zelf wel nog iets scherper door te trekken in het nadeel van de vaccins – ja, bijna alle – om twee redenen:

1. De 'Notification Completeness Rate' (NR), de meldingsgraad dus van overlijdens en andere ernstige bijwerkingen van vaccinatie, wordt door de auteurs van het Canadese PRJN4-rapport op 1% geschat. 99% blijft dus onder de radar, en daarom vermenigvuldigen ze het berekende vaccinatierisico in de teller met 100. Volgens ons is dat percentage van 1% wel degelijk aannemelijk. Het vermelde citaat van VAERS stelt dat maar 1 à 13% van alle ernstige bijwerkingen ('serious adverse events') van medicijnen gemeld wordt, en maar 1% van (alle soorten) bijwerkingen van vaccins. Gezien de taboestatus van vaccins lijkt het dan best plausibel te veronderstellen dat die "1 à 13%" voor vaccins nóg lager ligt, zelfs voor sterfgevallen. Verreweg de meeste mensen die hun kind zien sterven na een prik, en van de artsen te horen krijgen dat er geen verband is, geloven dat. Een kleine minderheid laat het sterfgeval toch registreren als mogelijke vaccinbijwerking. Daarom lijkt de 1% van de Canadese auteurs wel degelijk realistisch en zou het ons zeer verwonderen als het werkelijke cijfer boven de 5% lag.
2. Voor een correct beeld van het risico van de ziekte zelf, moeten we volgens ons ook kijken naar de natuurlijke middelen die ter beschikking staan om ziektes op een verstandige manier te begeleiden, en die vroeger algemeen gangbaar waren. Voorbeelden daarvan vind je bij onze artikels over ziekten als kinkhoest, mazelen, RSV of griep: zie 'Mazelen veilig doormaken' (vaccinatieschade.be/mazelen-veilig-doormaken), 'Heropflakking van kinkhoest in westerse landen: reden tot paniek?' (Wikje Prikje 04, pagina 12-24), 'RSV' (vaccinatieschade.be/rsv) of 'Weer tijd voor de grieprik?' (Wikje Prikje 06, pagina 4-6). Dat is werkelijk van het allergrootste belang. De officiële sterftecijfers voor kinderziekten zijn gebaseerd op de gangbare medische praktijk, die die middelen niet (meer) kent en vaak, met de beste bedoelingen en uit angst om iets verkeerd te doen, al te snel naar onderdrukkende (paracetamol) of zware (beademing, isolatie, antibiotica ...) middelen grijpt. Daarbij wordt vergeten dat dit ook bij de patiënt en zijn familie de angst aanwakkert, wat de ziekte kan verergeren. Natuurlijk zijn zulke ingrepen soms nodig, maar ontzettend veel kan worden voorkomen dankzij bestaande krachtige, natuurlijke middelen zoals het respecteren van de koorts (tot op zekere hoogte) of het gebruik van vitamine A bij mazelen. De weinige sterfgevallen van ziekten als mazelen of kinkhoest kunnen alleen al daarmee tot zo goed als nul worden teruggebracht. (ER)



Mazelen – 3 onwaarheden

"De Vlaamse meerderheidspartijen N-VA, CD&V en Vooruit willen dat baby's al op 6 maanden hun eerste dosis van het vaccin tegen mazelen krijgen", berichtte VRT NWS op maandag 5 januari. In het artikel verwijst de bekende vaccinprofessor Pierre Van Damme (Universiteit Antwerpen) naar de aanpassing die vorige zomer al is doorgevoerd: "Kinderen krijgen de tweede dosis van het vaccin al als ze 2 jaar zijn, en niet langer als ze 9 of 10 jaar zijn. Op die manier wil men de verspreiding van mazelen tegengaan, en dat is natuurlijk het belangrijkste. Het is de bedoeling om kinderen veel sneller een volledige en levenslange bescherming te geven."

Daarmee formuleert of suggereert de professor drie onwaarheden:

- Mazelenvaccinatie biedt levenslange bescherming (verre van!)
- Mazelenbesmettingen moeten voorkomen worden, want mazelen zijn gevaarlijk (helemaal niet, als je de ziekte verstandig begeleidt)
- Er is een duidelijk verband tussen 'meer mazelenvaccinatie' en 'minder mazelengevallen en -sterfte' (nee: officiële statistieken spreken dat tegen)

In vorige edities van Wikje Prikje en op onze website kun je er meer over lezen:

- Wikje Prikje 09, pagina 28-39: 'De mazelenhysterie lijkt niet te bedaren'
- Wikje Prikje 07, pagina 4-7: 'Mazelen-emotie in Nederland', met op het eind de tips 'Mazelen veilig doormaken' die je ook op onze website vindt
- Wikje Prikje 03, pagina 7-10: 'Mazelen, kunnen we gerust zijn?'
- Op onze website vind je het uitgebreide, algemene mazelenartikel van onze oprichter dr. Kris Gaublomme: <https://vaccinatieschade.be/mazelen>
- Je vindt er ook de slides van onze recente presentatie over mazelen: <https://vaccinatieschade.be/presentaties> (ER, 19-1-2026)



Als ouder is het nooit te laat om een eerste keer “nee” te zeggen tegen een kindervaccin

In 'An Inconvenient Study', de spraakmakende documentaire van Del Bigtree (zie pagina 5-6 van dit nummer), werd ik bijzonder geraakt door het verhaal van Colton, een kerngezonde en sportieve dertienjarige jongen die na het ontvangen van het HPV-vaccin (Gardasil) ernstige neurologische problemen ontwikkelde en uiteindelijk levenslang beademd werd. Zijn leven eindigde later via euthanasie.

Vragen stellen

Het is een verhaal dat blijft hangen. Niet omdat het “bewijs” zou zijn tegen vaccinatie, maar omdat het vragen oproept die zelden nog gesteld mogen worden. Wat volgt is geen emotionele reflex, maar het resultaat van wat lezen, rekenen en vooral: proberen te begrijpen.

Mijn verbazing begon bij een eenvoudig feit: we hebben het hier over een vaccin tegen **baarmoederhalskanker**... dat standaard wordt toegediend aan **jongens**.

In Vlaanderen is het HPV-vaccin het laatste vaccin in het kindervaccinatieprogramma en wordt het rond de leeftijd van 12 jaar aangeboden aan zowel jongens als meisjes, naar alle waarschijnlijkheid ingefluisterd door

een advies van de Belgische Hoge Gezondheidsraad in 2017. “Standaard” betekent in de praktijk: wie als ouder weigert, wordt scheef bekeken. Door andere ouders. Door artsen. Door Kind & Gezin. En bij elk volgend doktersbezoek duikt dezelfde vraag weer op: “Wilt u uw kind intussen nog steeds niet beschermen tegen HPV?”

Dat een dergelijk vaccin, op die leeftijd en zonder echte maatschappelijke discussie, deel uitmaakt van het kindervaccinatieprogramma is eigenlijk niet verdedigbaar.

HPV

HPV staat voor het humaan papillomavirus. Het is een verzamelnaam voor een grote groep virussen, waarvan een deel kan leiden tot genitale wratten en een klein deel in specifieke omstandigheden geassocieerd wordt met bepaalde kankers.

Voor de overgrote meerderheid van de mensen verloopt een HPV-infectie:

- symptomeloos
- tijdelijk
- en zelflimiterend.

De meest voorkomende “complicatie” is genitaal ongemak. Oncomfortabel, vervelend, soms sociaal gênant, maar niet ernstig en niet dodelijk. Zie ook de uitgebreide discussie rond HPV op vaccinatieschade.be/hpv-baarmoederhalskanker of in de online presentatie van maart 2025 op <https://vaccinatieschade.be/presentaties>.

Bij vrouwen bestaat er daarnaast een ‘waarschijnlijke’ relatie tussen langdurige infectie met bepaalde HPV-types en het ontstaan van baarmoederhalskanker. ‘Waarschijnlijk’, niet automatisch. En zeker niet snel.

Kadering: twee zaken die zelden correct samen worden bekeken

1. Overdracht

HPV wordt voornamelijk overgedragen via seksuele contacten, in al hun variaties. Het risico correleert sterk met:

- het aantal seksuele partners
- het type seksueel contact
- en algemene seksuele levensstijl.

Dit is geen kinderziekte.

Dit is geen virus dat je “zomaar” oploopt op de speelplaats.

2. Ziekteverloop en risico

Zelfs wanneer iemand besmet raakt met een hoog-risico HPV-type

- duurt het jaren tot decennia voor eventuele kankerontwikkeling
- verdwijnt het virus in de meeste gevallen spontaan
- en speelt screening (zoals het uitstrijkje) een cruciale rol.

De kans dat een vrouw met HPV uiteindelijk baarmoederhalskanker ontwikkelt ligt ruim onder de 1%. Ik wil hierbij het ziekteverloop en risico niet bagatelliseren. Ik geef gewoon context die nodig is om proportioneel beleid te voeren of geïnformeerde beslissingen te kunnen nemen.

Wat zeggen de studies echt?

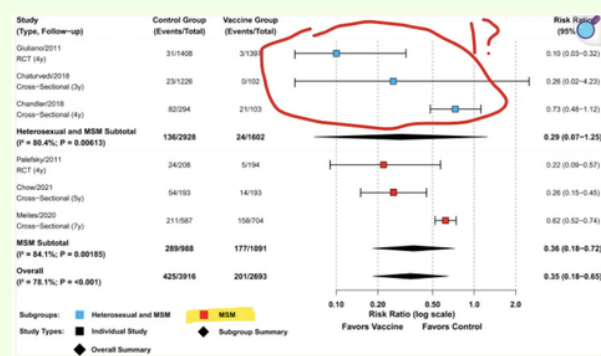
Het eenvoudigste is om er twee overzichtsstudies bij te halen die kijken naar meerdere klinische onderzoeken waarin het HPV-vaccin (bij mannen) is getest, kwestie van te begrijpen waarom we sinds 2017 al onze jongens vanaf hun 12de ‘beschermen’ tegen dat virus.

Overzichtsstudie 1: Should routine HPV vaccination programs include males 25–29 years? A systematic review and global meta-analysis

In deze vaak geciteerde meta-analyse, gericht op een vermeend ‘hoogrisico’-segment, worden uiteindelijk slechts 28 studies overgehouden uit meer dan 3000 publicaties. Op basis daarvan wordt gerapporteerd dat HPV-vaccinatie het relatieve risico op HPV-gerelateerde complicaties bij mannen zou reduceren tot ongeveer 49%, en tot 35% voor het 4vHPV-vaccin.

De auteurs erkennen echter zelf, na sensitiviteitsanalyse, dat deze effecten overschat zijn binnen de heteroseksuele populatie.

Wie de moeite neemt de samenvattende tabellen te bekijken, ziet waarom:



- Significante voordelen manifesteren zich voornamelijk binnen de MSM-groep (mannen die seks hebben met mannen).
- In de volledige groep (heteroseksuele én MSM-mannen) zijn de resultaten statistisch instabiel, met confidence-intervallen die in sommige analyses zelfs tot boven 2 reiken, wat wijst op een mogelijk tegengesteld effect.

Met andere woorden: het enige consistente signaal in deze meta-analyse betreft een specifieke subgroep met een uitgesproken seksueel risicoprofiel. Is dat het soort solide wetenschappelijke basis waarop men beslist om een vaccin standaard toe te dienen aan alle kinderen, los van gedrag, context of latere autonomie?

Overzichtsstudie 2: Impact of Human Papillomavirus Vaccination on Male Disease: A Systematic Review

Deze review reduceert opnieuw honderden studies tot een beperkte selectie, zonder transparant te onderbouwen waarom net deze artikels representatief zouden zijn voor de algemene mannelijke bevolking.

De conclusies zijn grotendeels gebaseerd op modelmatige aannames en beperken zich tot bescherming tegen anale en genitale wratten. De auteurs stellen expliciet dat eventuele effecten op kankerpreventie buiten het bereik van deze studies vallen.

Met andere woorden: zelfs volgens de auteurs leveren deze analyses geen bewijs voor een betekenisvolle impact op ernstige of levensbedreigende aandoeningen.

Als de eerste groep studies al onvoldoende robuust is om verregaand beleid te rechtvaardigen, dan is deze tweede groep dat nog minder.

Samengevat tonen deze studies niet aan dat HPV-vaccinatie een algemeen, proportioneel of noodzakelijk voordeel biedt voor kinderen, maar hoogstens dat een specifieke volwassen risicogroep er mogelijk baat bij heeft. Dat is geen argument voor een universeel kindervaccinatieprogramma, maar voor gerichte, vrijwillige medische zorg.

En dan is er VAERS

Twee recente publicaties analyseren de meldingen rond HPV-vaccins in het VAERS-systeem:

- Adverse events following 9-valent human papillomavirus vaccine (GARDASIL® 9) reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 2015–2024.
- Real-world safety of HPV vaccines over 18 y: A comprehensive analysis of U.S. VAERS reports.

Beide studies benadrukken (terecht) dat VAERS geen causaliteit bewijst. Geen enkel ernstig gemeld geval wordt als “oorzakelijk bewezen” beschouwd.

Maar wat wél opvalt, is de omvang en ernst van de gemelde casussen. Neurologische problemen, langdurige klachten, ziekenhuisopnames. Veel. Zeer veel.

Dat al deze meldingen systematisch als “niet overtuigend causaal” worden weggezet, mag dan methodologisch correct zijn, maar werkt niet geruststellend. Zeker niet voor ouders die geacht worden hun kind preventief te laten injecteren tegen een risico dat al extreem laag is.

En wat met HPV-vaccinatie bij meisjes?

We richtten ons tot nog toe vooral op de vaccinatie van jongens omdat het HPV-vaccin oorspronkelijk bedoeld was voor meisjes, ter 'preventie' van baarmoederhalskanker. Deze 'preventie'-claim verdient echter dezelfde kritische toets.

Ook bij meisjes geldt dat geen enkele studie aantoonde dat HPV-vaccinatie op 12-jarige leeftijd een noodzakelijk of proportioneel voordeel oplevert dat een plaats in het kindervaccinatieprogramma rechtvaardigt.

De meeste studies waarop het beleid zich baseert, tonen hoogstens een vermindering van HPV-infecties, een daling van bepaalde voorstadia (CIN-letsels) of wat losse beweringen over HPV-persistentie. Met andere woorden: deze studies meten geen harde klinische uitkomsten, maar focussen op zogenoemde (vermeende) tussendoelen of surrogaat-eindpunten.

Concreet gaat het dan om de vraag of een vaccin invloed heeft

- op de aantoonbare aanwezigheid van het virus na 6, 12 of 24 maanden
- of op het voorkomen van CIN1-, CIN2- of CIN3-letsels.

De impliciete aanname is vervolgens dat verbeteringen op deze korte termijn iets zouden zeggen over de kans dat 20 tot 30 jaar later eventueel baarmoederhalskanker ontstaat, of zelfs dat er sterfte aan te koppelen valt.

Dat is, uiteindelijk, een model. En modellen zijn per definitie onzeker, aanvechtbaar en afhankelijk van aannames. Ze zijn niet stabiel, niet sluitend en zeker geen vervanging voor harde klinische evidentie. Dat maakt ze hoogstens geschikt als hypothesevorming, maar een zwakke basis voor verregaand en standaardiserend beleid.

Een duidelijke reductie in sterfte of een aantoonbare noodzaak tot vaccinatie op kinderleeftijd is nergens terug te vinden. Zelfs de vaak aangehaalde relatie tussen HPV en baarmoederhalskanker blijft er een van waarschijnlijkheid, niet van zekerheid. De overgrote meerderheid van HPV-infecties klaart spontaan op. Slechts een zeer klein percentage evolueert, over vele jaren, naar kanker. De absolute kans blijft ruim onder de 1%, en dat nog vóór rekening wordt gehouden met systematische screening, die aantoonbaar een veel grotere impact heeft op het voorkomen van baarmoederhalskanker.

Conclusie

Voor deze vaccinatie hoeft men als ouder vandaag geen beslissing te nemen.

- HPV is geen acuut gevaar.
- HPV is geen kinderziekte.
- HPV-gerelateerde kanker is zeldzaam, traag en sterk afhankelijk van levensstijl en screening.

Daarom kan je deze beslissing bewust (en gerust) bij je kinderen zelf leggen, op een moment dat zij oud genoeg zijn om na te denken over seksualiteit, risico's en gevolgen.

Wie zich op volwassen leeftijd wil laten vaccineren: prima. Maar een plaats in het kindervaccinatieprogramma, zonder echte noodzaak en zonder eerlijk debat, is niet te verantwoorden.

Soms is “nee” geen afwijzing van wetenschap, maar gewoon een pleidooi voor proportionaliteit, autonomie en gezond verstand.

Kurt Wayenberg (gastauteur), 9-1-2026



Theo Schetters: "Waarom gaat het vaccineren (tegen corona) door?"

In een interview met *De Nieuwe Wereld*, gepubliceerd op 23 december 2025, stelt immunoloog en vaccinontwikkelaar Theo Schetters zich de vraag waarom het vaccineren tegen corona doorgaat, ondanks de toenemende alarmsignalen over schade die die prikken veroorzaken. Het YouTube-kanaal van De Nieuwe Wereld leidt het interview als volgt in:

"Dr. Theo Schetters was jarenlang werkzaam in de farmaceutische industrie, onder meer bij grote internationale vaccinproducenten, en is gespecialiseerd in immuunresponsen, vaccinveiligheid en epidemiologische data-analyse.

In deze aflevering gaat Ad Verbrugge in gesprek met Theo Schetters over de aanhoudende coronavaccinaties en de vraag waarom deze worden voortgezet, terwijl de oversterfte in Nederland en andere westerse landen blijft bestaan. We bespreken all-cause mortality, vaccinatie-effecten, statistische vertekeningen zoals het 'healthy vaccinee effect', en de manier waarop data worden geïnterpreteerd en gecommuniceerd door instituties en overheid.

Een diepgravend gesprek over wetenschap, beleid, transparantie en de grenzen van medische consensus in het coronatijdperk."

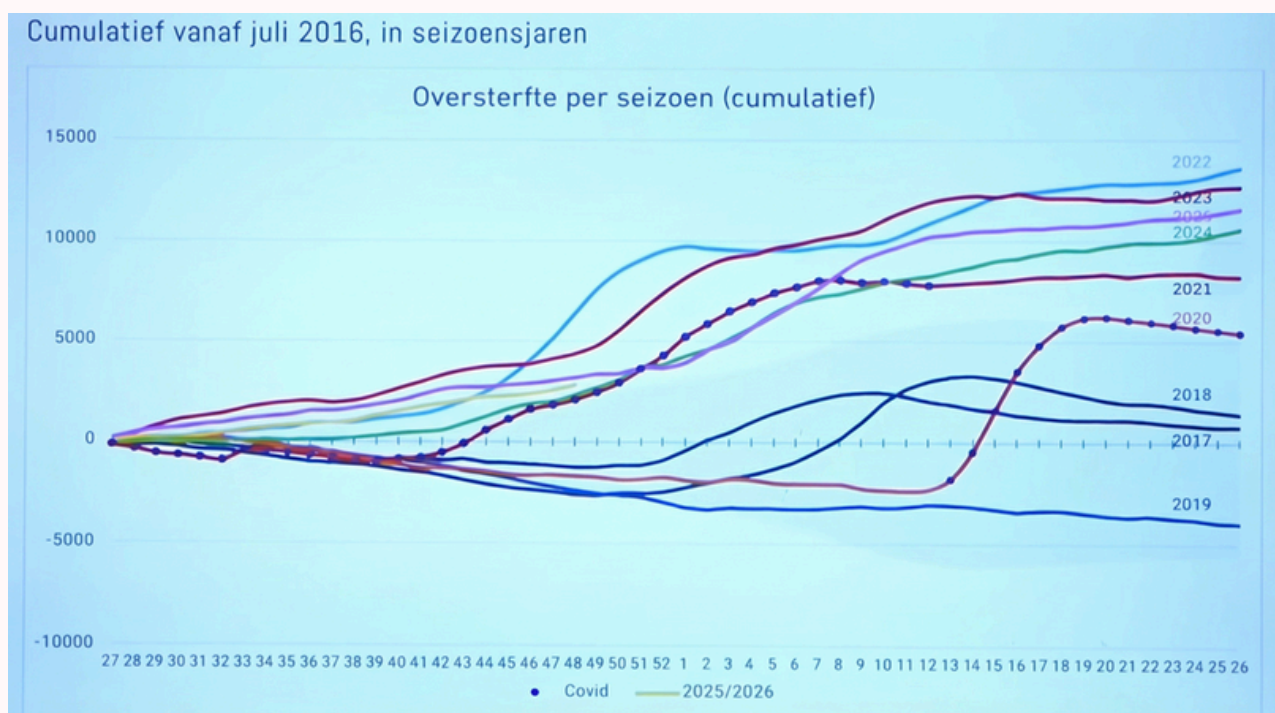
Bekijk hier het hele interview:



Hieronder enkele elementen uit Schetters' uitleg. Veel cijfers en grafieken waar hij naar verwijst, zijn terug te vinden in de video – Engelstalig, maar op odyssee.com te bekijken met Nederlandse ondertitels – van een eerdere lezing die hij gaf tijdens de 'Back To The Future'-conferentie van 25-26 oktober 2025 (zie <https://backtothefuture.nu>).

Oversterfte sinds 2021

- Als we de sterftcijfers sinds 2016 bekijken, is duidelijk te zien dat zich in 2021 – het eerste jaar van de coronavaccinatie – een **trendbreuk** voordeed: sinds dat jaar sterven er in Nederland **jaarlijks 10.000 mensen méér** dan op basis van de voorgaande jaren te verwachten was, rekening houdend met het effect van de vergrijzing. Kortom, sinds coronavaccinatie is er in Nederland en vele andere landen een "onverklaarde" oversterfte waar te nemen – zoals je in eerdere artikelen bij ons al kon lezen, waaronder recent nog 'Levensverwachting nog steeds niet hersteld na pandemie' in Wikje Prikje 10, pagina 15-17.



- Dat lijkt dus een sterke indicatie voor de schadelijkheid van de coronavaccins. Een interessante parameter die die oorzakelijkheid zou kunnen bevestigen (of niet), is de **tijd tussen het tijdstip van overlijden en de laatste coronaprik** van de overledene. Opvallend genoeg willen de meeste overheden die cijfers niet vrijgeven; in verschillende landen lopen daarover rechtszaken.
- De oversterfte betreft in absolute cijfers vooral ouderen – wat sceptici doet zeggen: "Die zouden sowieso sterven, daar kun je niets uit afleiden" – maar is ook bij jongeren zichtbaar, en daar is de toename procentueel opvallend sterk. Een Amerikaanse verzekeringsmaatschappij berekende dat ze nu aan levensverzekeringen 40% meer moet uitkeren aan relatief jonge, werkende verzekerden dan tevoren. Ter vergelijking: bij natuurrampen bedraagt die toename maar zo'n 10%. Die **"dramatische" stijging van de sterfte bij jongere mensen** is veelzeggend, vindt Schetters.

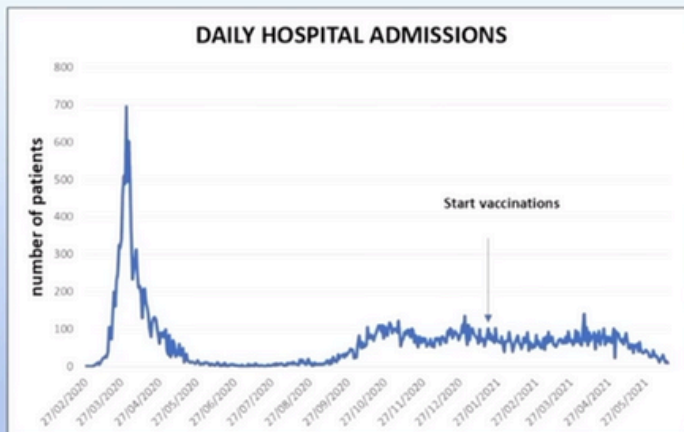
De overheid wist het

- Op basis van dit alles beweert Schetters niét dat de sterftetoe name door de vaccinaties komt: dat is daarmee nog niet bewezen. Wél dat er voldoende aanwijzingen zijn om die vaccins onmiddellijk van de markt te halen. Meteen na vaccinatie was er namelijk een sterftetoe name waar te nemen; dat stelde bijvoorbeeld zorginstelling (rusthuisbedrijf) tanteLouise al in januari/februari 2021 vast. **0,5% van haar bewoners stierf** volgens de instelling **'waarschijnlijk' ten gevolge van coronavaccinatie** en 1% mogelijk.
- De vaststellingen van tanteLouise werden bevestigd in de nationale databank van de verpleeghuizen (rusthuizen), die nauwkeurig bijhield (en wettelijk moest bijhouden) hoeveel mensen covid hadden en hoeveel daaraan stierven. Wat bleek: vanaf het moment van vaccinatie bleef het *aantal gevallen* van covid gelijk, maar *herstelden* er minder mensen van, met andere woorden, **er gingen sindsdien meer mensen aan dood!** Die databank was en is bij de overheid bekend, aldus Schetters.
- Opmerkelijk: de bestuursvoorzitter van bovengenoemde zorginstelling tanteLouise was niemand minder dan Conny Helder, die van 2022 tot 2024 minister voor Langdurige Zorg was en in 2024 minister van Volksgezondheid werd. Op basis van die vaststellingen vroeg trouwens Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, in een richtlijn **op te letten met het vaccineren van kwetsbare ouderen** wegens mogelijke heftige reacties. En Lareb, het bijwerkingencentrum van de overheid, nam dat advies in 2022 in een rapport over. Volgens Schetters wordt – in Nederland dus – bij 80- en zeker 90-plussers met die aanmaning tot voorzichtigheid wel degelijk rekening gehouden, maar vreemd genoeg volgt de overheidscommunicatie niet en doen beleidsmakers nog steeds alsof er geen vuiltje aan de lucht is en alsof coronavaccinatie altijd superveilig is geweest.
- Ander feitje: in de jaren vóór vaccinatie, dus tot en met het jaar 2020, begon de jaarlijkse 'sterftegolf' (seizoensgebonden stijging van de sterfte, met de bekende griepgolf) bij het jaarbegin. Sinds vaccinatie, dus sinds 2021, begint die vroeger, namelijk in het najaar. Schetters vermoedt dat **mensen sinds vaccinatie minder goed bestand zijn tegen de 'wintervirussen'**.

Geen reden tot paniek

- Toen in februari 2020 de eerste gevallen van corona (Covid-19) opdoken, was er al een griepgolf bezig. Als vervolgens eind maart 2020 het aantal sterfgevallen scherp omhoogschiet, is het nog maar de vraag of dat coronagevallen waren dan wel griepgevallen: de griep was vanaf toen opvallend afwezig in de cijfers, en er werd ook niet meer op getest, omdat – volgens de medische professionals zelf – **de testcapaciteit volledig aan covid werd besteed**. Daar was immers alle aandacht op gericht, zodat sterfgevallen daar bij voorkeur aan werden toegeschreven.
- Het totale aantal overlijdens in 2020 als gevolg van corona viel relatief mee. "Er was geen reden tot paniek", stelt Schetters. Uit onderstaande grafiek blijkt dat **in de periode voorafgaand aan coronavaccinatie, dus gedurende heel de rest van 2020** na de voorjaarspiek van maart-april, het aantal ziekenhuisopnames *van mensen met griepachtige symptomen én een positieve PCR-test* niet bijzonder hoog lag; belangrijk is dat mensen die om andere redenen, bijvoorbeeld met een gebroken been, in het ziekenhuis lagen en "toevallig" positief testten op corona, maar geen griepachtige symptomen hadden, daar niet in begrepen zijn. In mei lagen de coronacijfers trouwens al onder de grens om nog van een epidemie te kunnen spreken.

HOSPITAL ADMISSIONS PRIOR TO VACCINATION



¹COVID19_aantallen_gemeente_per_dag Update 14 Juni 2021 (Web link removed; data download available)

Hospital admissions of patients with flu-like symptoms and positive corona-PCR test result as reported by RIVM/GGD¹

Hospital admissions were relatively low during the months preceding the start of the mass vaccination campaign.

No reason to panic

- Ook bleef de "covidgerelateerde sterfte" – mensen die aan of met corona stierven – beperkt tot een klein deel van de totale sterfte, en dit in elke leeftijdsgroep. Schetters licht toe dat zelfs in de oudste leeftijdsgroepen slechts 7% van de overlijdens "het etiket covid" kreeg.

MORTALITY IN THE NETHERLANDS - 2020



All-cause mortality from Eurostat; Corona mortality from weekly reports (RIVM-GGD monitoring). Reports archived in <https://mega.nz/folder/j7AhxJ5K#diJ8JrTUC1wCZVdRnAxTg>

Mortality associated with SARS-CoV-2 positive test affected mainly elderly people

Only a small fraction of mortality in a specific age-group was associated with or due to SARS-CoV-2 infection

No reason to panic

- Toch werd de "planbare zorg" met 12% teruggeschroefd, met 230.000 minder ziekenhuisopnames tot gevolg. Daardoor was het in de **meeste ziekenhuisafdelingen erg rustig**, terwijl het in de "covidgang" intussen ontzettend druk was; dat beeld is dan de wereld ingestuurd, maar weerspiegelde geen reëel plaatstekort.

Wachten op het vaccin

- Opmerkelijk is ook dat bruikbare remedies – geneesmiddelen tegen covid – opzij werden geschoven en dat het motto luidde: "We wachten op het vaccin." *Dat is in onze ogen een van de schandaligste aspecten van het hele coronaverhaal; we schreven er al over in Wikje Prikje 03, pagina 39-44, onder de titel 'De Covid-19-geneesmiddelen: kosten en controverses'.* Als gepensioneerd vaccinontwikkelaar met een carrière van 40 jaar achter de rug, met name in het ontwikkelen van vaccins voor dieren, laat Schetters zijn licht schijnen op de ultra-snelle ontwikkeling van de covidprikken. Hij wijst erop dat het bij hem altijd 7 tot 10 jaar duurde voordat een vaccin, van ontwerp- tot marketingfase, rond was. Maar vooral: dat **maar 1 op de 10 à 20 opgestarte projecten voor nieuwe vaccins een succes werd**. Bij de Covid-19-vaccins slaagde elk van de opgestarte projecten, zowel die voor mRNA-vaccins (de bij ons meest gebruikte: die van Pfizer en Moderna) als voor vectorvaccins of eiwitvaccins, telkens met de claim dat ze 'safe and effective' (veilig en effectief) waren. Voor Schetters was het meteen duidelijk: "Dit slaat nergens op, dit bestaat niet!" Wat de vectorvaccins, zoals die van AstraZeneca, betreft werd dat al spoedig duidelijk: mensen stierven na toediening van dit vaccin.

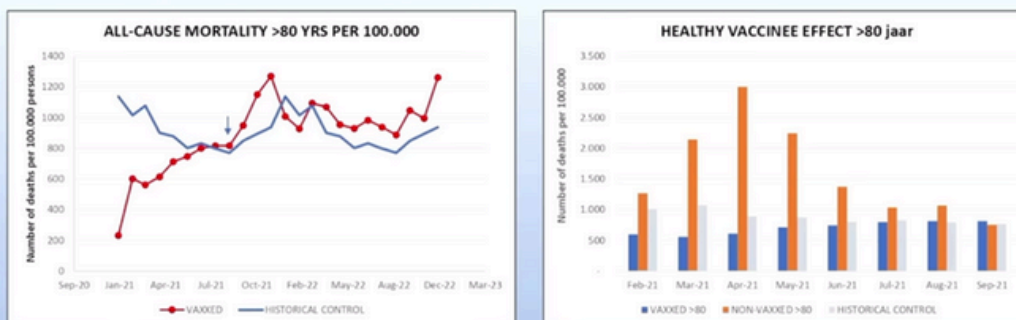
Geen onderzoek

- Waar Schetters ook verbaasd en, zo lijkt het, verontwaardigd over is, is dat de officiële rapporten de mogelijke link van sterftegevallen met de covidinjectie zorgvuldig wegmoffelen. *Zie ons artikel 'Gepensioneerd huisarts Michael Smulders over 'weeffout' in registratie bijwerkingen' in Wikje Prikje 08, pagina 41-48.* De vraag waarom mensen na vaccinatie onverwacht overlijden, in die mate dat hun omgeving er melding van doet bij de bevoegde instanties (in Nederland het Lareb, bij ons het FAGG), stellen ze niet. Hij toont een boek met afbeeldingen afkomstig van autopsieën (lijkschouwingen) bij mensen die na covidvaccinatie overleden: die tonen spike-eiwitten in allerlei organen, waaronder de hartspier, de aortawand (risico op aneurysma!) en de hersenen. **"Dat moet onderzocht worden en dat wil men kennelijk niet,"** zegt Schetters. Nochtans is met de beschikbare moleculaire technieken gemakkelijk aan de hand van probes aan te tonen of er mRNA in weefsel zit en of dat afkomstig is van het virus, van het Modernavaccin of van het Pfizervaccin. Kortom: de bewering dat de spike-eiwitten na de injectie lokaal zouden blijven, klopte helemaal niet, en daar had Schetters al van bij het begin voor gewaarschuwd.

Effectiviteit van het vaccin

- Veiligheid is een zaak, effectiviteit een andere. De beste manier om te achterhalen hoe effectief de vaccinaties geweest zijn, is kijken naar de 'all cause mortality' – sterfte ongeacht de oorzaak – bij respectievelijk gevaccineerden en ongevaccineerden. Dat is namelijk een objectief vaststelbaar criterium, in tegenstelling tot de doodsoorzaak. Je kunt betwisten of iemand nu aan covid, griep of iets anders overleden is, maar dát iemand overleden is, is zwart-wit vast te stellen. Wat nu blijkt, is dat de sterfte ... hoofdzakelijk bij de gevaccineerde mensen zit, zodra je door de eerste schijn heen prikt.

VACCINATED PEOPLE MORE VULNERABLE



As of September 2021 mortality among elderly persons (above 80 years of age) is higher than the five-year historical value (2015-2019). The initial 'protective effect' has waned by September 2021 (left panel; arrow), the same time the healthy vaccinee effect has waned (right panel).

Sources: <https://open.minvws.nl/dossier/VWS-WO0/3455207-1038323-pdq>
<https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/wekelijkse-update-deelname-covid-19-vaccinatie-in-nederland>
 Search - Eurostat

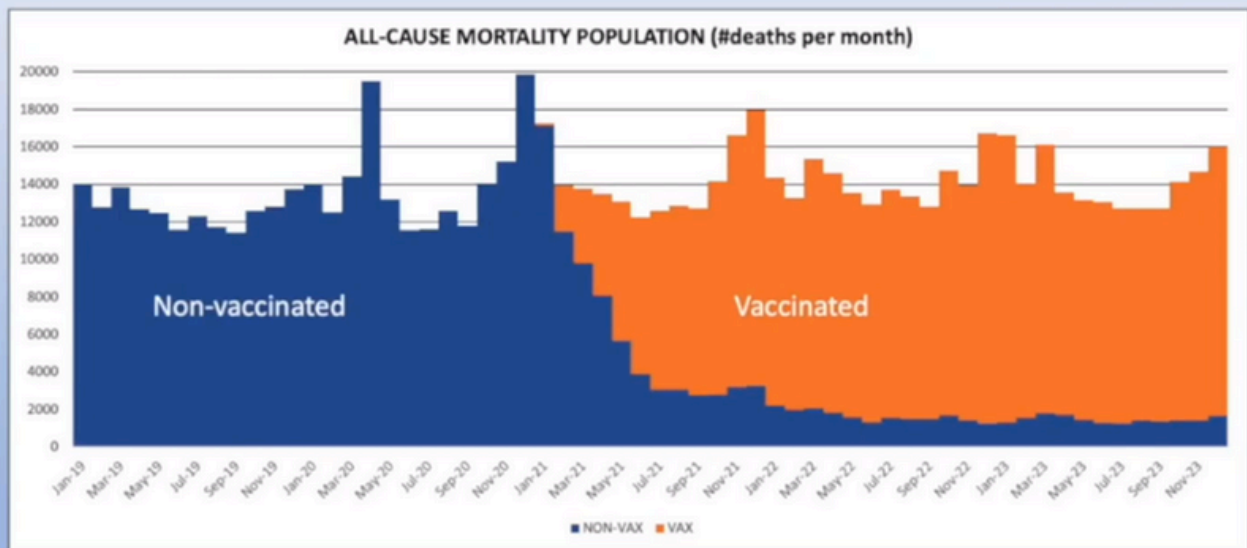
Aanvankelijk leek het vaccin namelijk nog een voordeel op te leveren: zoals de linkergrafiek laat zien, lag de sterfte ongeacht de oorzaak per 100.000 personen tot september 2021 in de groep gevaccineerde 80-plussers lager dan in de pre-covidperiode 2015-2019. Vanaf september sloeg dat om en stierven gevaccineerde 80-plussers vaker dan voorheen. Die aanvankelijke ondersterfte in de gevaccineerde groep werd door de overheden triomfantelijk als het bewijs voorgesteld dat "de vaccins werken".

Maar klopt die conclusie wel? Volgens Schetters is dan geen rekening gehouden met het welbekende 'healthy user effect', in dit geval het **'healthy vaccinee effect'**. De vraag is namelijk welke mensen gevaccineerd werden. Denk maar aan het griepvaccin: ook dat wordt voor een groter deel toegediend aan mensen die al ... gezonder waren, dan aan anderen die al in een minder goede gezondheid verkeerden. Mensen die erg zwak zijn en weten dat ze niet lang meer te leven hebben, laten zo'n vaccin veel vaker links liggen. Dat vertekent het beeld: de gevaccineerden leven inderdaad langer, maar dat komt dan niet door het vaccin, maar doordat ze sowieso al gezonder waren. Als je daar geen rekening mee houdt, trek je totaal foute conclusies.

Dat is wat je in de rechtergrafiek ziet: de gevaccineerde 80-plussers zijn aanvankelijk in het voordeel. Ze sterven minder vaak dan de historische controlegroep (2015-2019, de grijze balkjes). De sterfte bij de niet-gevaccineerde 80-plussers – die dus meestal van tevoren al minder gezond waren – is tot de zomer van 2021 hoger, maar naarmate die mensen sterven, verdwijnt dat 'nadeel'. Vanaf de zomer van 2021 is dat 'healthy vaccinee effect' weg en **wordt de sterfte in de gevaccineerde groep hoger dan voordien**, zoals de linkergrafiek duidelijk laat zien, en dat blijft zo. Dat is een heel ander verhaal dan "Zie je wel, de vaccins werken uitstekend!" Het kan een verklaring bieden voor de 10.000 extra overlijdens die Nederland sinds 2021 kent.

Onderstaande grafiek laat nog duidelijker zien dat het hele vaccinatiegebeuren de algemene sterfte niet heeft doen dalen. Toch durfden overheden, aldus Schetters, beweren dat coronavaccinatie de sterfte met 50 tot 75% deed dalen – een onbegrijpelijk absurde bewering, want dan zou coronavaccinatie tegen alle doodsoorzaken beschermd hebben! Toch kwamen die beweringen "gezellig in de krant", zoals we allemaal hebben kunnen zien.

VACCINE EFFICACY ALL-CAUSE MORTALITY



No evidence of 50% decrease in all-cause mortality after vaccination was found, which points to methodological error

Decennialang effect

- Schetters verwijst naar een intern onderzoek dat de Amerikaanse Cleveland Clinic bij zijn 50.000 werknemers uitvoerde. Conclusie: **hoe vaker iemand tegen covid gevaccineerd was, hoe vaker en hoe langer hij of zij ziek werd**. Hij drukt zijn ongeloof uit over het feit dat bij ons voor volgend najaar niettemin een volgende vaccinatieronde gepland wordt.
- Hij stelt dat de coronavaccins "hun schaduw ver vooruit werpen": uit de oversterfte die sinds 2021 blijft aanhouden, blijkt dat ze ervoor gezorgd hebben dat **onze bevolking sindsdien fundamenteel minder gezond is geworden, iets wat nog decennialang zal nawerken**.

Kentering & communicatie

- Sinds september 2025 is er een **eiwitvaccin** tegen corona op de markt gekomen, een vaccin dus dat geen gebruik maakt van de risicovolle mRNA-technologie. Je had verwacht dat daar heel uitdrukkelijk over gecommuniceerd zou worden, zodat mensen weten dat ze een keuze hebben. Dat is niet gebeurd, met onder meer als argument – in antwoord op een parlementaire vraag – dat er in de Tweede Kamer overeenstemming over bestaat dat de mRNA-vaccins veilig en effectief zijn. Schetters vindt het opvallend dat in dat antwoord niet eens meer verwezen wordt naar de wetenschap; dat kan ook niet meer, want daar is inmiddels totaal geen consensus meer over die vaccins. Hij verwijst ook naar de **officiële mededeling van de Amerikaanse FDA dat op z'n minst tien gezonde kinderen door de coronavaccins overleden zijn** (zie ons artikel daarover elders in dit nummer).

- In de VS lijkt er dus een kentering gaande, bij ons nog niet. Bij het RIVM is er bijvoorbeeld een onderzoeksgroep 'Vaccinatiestudie Corona' (VASCO), die mensen vergeleek die in 2024 wel of niet de booster namen en concludeerde dat bij de geboosterde groep zo'n 15% minder infecties voorkwamen, een zeer beperkt effect dus en van een heel andere orde dan de "95% effectiviteit" waar lang mee gepronkt werd. **Dat onderzoek wordt echter niet naar buiten gebracht.** De Gezondheidsraad vermeldt het niet eens in zijn adviezen, hij negeert het gewoon. Daar speelt dus iets politieks, aldus Schetter.
- Maar er is **hoop**. Onderzoekers blijven gewoon hun werk doen en onderzoeken al die data wel degelijk. Binnen de instituties, zoals het RIVM (en dus bij ons Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad enzovoort), weerklinken al die kritische geluiden ook. Ze mogen alleen nog niet naar buiten komen. Schetters spreekt de hoop uit dat die tegenkrachten sterker worden, dat sommige wetenschappers gewetenswroeging krijgen maar vooral dat een nieuwe lichterling pas afgestudeerde onderzoekers meer geneigd zal zijn om met een open houding al die feiten te onderzoeken en naar buiten te brengen. "We moeten gewoon openheid krijgen", benadrukt hij.

EXTRA LEESTIPS:

- Ook Robin de Boer maakte van dit interview een samenvatting op zijn substack <https://robindeboer.substack.com>.
- Meer grafieken over oversterfte in Nederland vind je heel regelmatig bij @SteigstraHerman op X (Twitter).

EXTRA LUISTERTIP:

- Engelstalig interview met de Franse doctor in de genetica Alexandra Henrion-Caude onder de titel 'The Truth Behind mRNA?'



Wil je meer weten over vaccinatie?

De komende weken en maanden staat een **nieuwe reeks online lezingen** op het programma. Onze vroegere presentaties kun je herbekijken, of er de slides van doornemen, via <https://vaccinatieschade.be/evenementen>.

**VERGELIJKING GEZONDHEID
GEVACCINEERDE EN NIET-
GEVACCINEERDE KINDEREN**

3 februari 2026

HET COVID-19-VERHAAL

17 februari 2026

**CONGRES NATUURLIJK
IMMUUN:**

- verschillende sprekers
 - natuurlijke immuniteit
- 28 februari 2026

**INENTING TEGEN HPV,
NUTTIG OF NIET?**

10 maart 2026

HIB EN HEPATITIS B

24 maart 2026

**MENINGOKKEN EN
PNEUMOKOKKEN**

7 april 2026

GRIEP

21 april 2026

**RESPIRATOIR
SYNCYTIEEL VIRUS (RSV)**

12 mei 2026

**DE ONVEILIGHEID VAN
VACCINS, DEEL 1**

26 mei 2026

Onze voordrachtgever Kris Panneels geeft die lezingen online (via Zoom), **behalve zijn bijdrage tijdens ons congres van 28 februari**. Ze zijn gratis, maar wil je ons steunen, dan nemen we je vrije bijdrage heel dankbaar aan. Heel onze werking berust immers op vrijwillige man- en vrouwkracht en op even vrijwillige giften. De lezingen zijn ook een toegankelijke manier om nieuwsgierige mensen met deze achtergrondinfo kennis te laten maken. Zeg het dus gerust door!



Meld je aan via vaccinatieschade.be/evenementen

EXTRA

Preventie Vaccinatieschade biedt lezingen aan **op locatie**. Vraag gerust naar de mogelijkheden.

Driemaandelijks papieren magazine: ontvang het thuis!

In juli 2023 verscheen het eerste nummer van ons **nieuw papieren magazine, Wikje Prikje** genaamd. Dit tijdschrift verschijnt om de drie maanden en brengt de meest relevante informatie van de afgelopen tijd in druk bijeen. Het is niet alleen handig om te lezen, maar ook om door te geven aan anderen. Op die manier willen we onze informatie nog beter en breder toegankelijk maken.

Als je ons werk waardeert, kun je ons op verschillende manieren ondersteunen. Je kunt een donatie doen (zie pagina 2) of je kunt abonnee worden van ons tijdschrift.

Abonnementsformules:

- Wil je ons steunen en tegelijkertijd ons tijdschrift ontvangen? Kies dan voor een steunabonnement van **€99** per jaar.
- Wil je ons tijdschrift ontvangen tegen een standaardtarief? Dat kan voor **€45** per jaar*.
- Heb je een beperkt budget en wil je ons tijdschrift toch lezen? Dan bieden we een abonnement aan voor **€25** per jaar*. Dit tarief is alleen mogelijk als genoeg mensen een standaard- of steuntarief betalen.
- Ben je arts of therapeut en wil je twee exemplaren ontvangen, een voor jezelf en een voor in de wachtkamer? Dat kan voor **€70** per jaar*.

**Voor verzending buiten België (EU-landen): + €15*

Maak je keuze en registreer via vaccinatieschade.be/wikje-prikje-abonnement.

Via dezelfde link kun je ook losse nummers bestellen voor **€12** (laatste editie of eerstvolgende editie) of **€8** (oudere edities) per exemplaar + **€5** totale verzendingskosten (voor verzending naar andere EU-landen: + €5 extra).

Schrijf het juiste bedrag over naar **BE71 1030 8196 5169** met vermelding van je naam + adres. Dan brengen wij de rest in orde.

Alvast bedankt!

Team Preventie Vaccinatieschade

