

## The **SHIELD** model Regeer ®

**S** Sophisticated

**H** Healthy

**I** Intelligent

5 **E** Ending

**L** Limit

**D** Disease-escalation(s)



ZIE [WWW.LEO.NL](http://WWW.LEO.NL) voor download documenten

Ik adviseer de lezer uitdrukkelijk om kennis te nemen van:

10 **de SHIELD METHODE REGEER ® update 00.2 volgt snel in juli 2020**

SHIELD : **S**ophisticated **H**ealthy **I**ntelligent **E**nding and **L**imitation of **D**isease -escalation(s).

- 15
- 1) Op welke wijze nu en in de toekomst aan een beter en breder advies op alle menselijke dimensies voldaan kan worden en
  - 2) Hoe de maximaal mogelijke veiligheid medisch, ethisch en sociaal-economisch voor de bevolking gegarandeerd kan worden in geval van een virusuitbraak.

Samenvatting ( zie mijn verantwoording in 1<sup>e</sup> document OUTLOOK April 2020)

20 Kennelijk zijn er grote belangen om de gecreëerde mythe van SARS-COV-2 als een  
gevaarlijk en dodelijk virus koste wat kost in stand te houden. Het virus is niet  
dodelijk. Niets doen is geen optie, mijn mening echter, met name WHO medische  
wetenschappers kunnen zich een en ander aanrekenen door het vasthouden aan  
verouderd dogma en tunnelvisie. Nieuwe data geven aanwijzingen dat het virus al  
25 aanwezig is in de wereld voordat in China de uitbraak was. Ik voorspel een  
revolutie in de wetenschap, er zal een nieuw Paradigma (moeten) komen. Ik  
beschrijf verder alle nieuwe inzichten over het verloop en de verspreiding van het  
SARS-CoV-2, de intensiviteit van het relatief kleine aantal slachtoffers die mild of  
ernstig ziek worden, de redenen dat slachtoffers op jongere leeftijd nu vaker  
30 voorkomen en de invloed van roker of niet roker zijn. Een specifiek medicijn tegen  
SARS-CoV-2 bestaat domweg (nog)niet, wel beschrijf ik nieuwe trends voor  
medicatie die wellicht werkzaam is op delen van de ziekte. Ik besluit dit document  
met de Intensive Care, mijns inziens hebben artsen hier een te grote invloed,  
ontbreekt het de verpleegkundigen aan autonomie en kunnen er veel meer levens  
35 gered worden. Het vervolg document "Let's breath again & Recognition of airborne  
spread" gaat dieper in op meer elementen en vooral de zinvolle maatregelen.

Inhoudsopgave +

	<b>SARS-CoV-2 schijnregistratie en het dubieuze belang van Geld &amp; Macht</b>	<b>pagina 3</b>
	<b>Wetenschap REVOLUTIE NU nodig! Over Wetenschapsfilosofen</b>	
40	<b><i>Karl Popper, Thomas Kuhn en Lakatos</i></b>	<b>pagina 5</b>
	<b>Over de verspreiding van SARS-CoV-2</b>	<b>pagina 7</b>
	<b>Over het verloop van SARS-CoV-2, sluimerend virus voor uitbraak ?</b>	<b>pagina 8</b>
	<b>Nieuwe trend voor leeftijd van dodelijke slachtoffers</b>	<b>pagina 9</b>
	<b>Rokers &amp; risico SARS-CoV-2.</b>	<b>pagina 10</b>
45	<b>Ernstig verloop en nieuwe trends medicatie SARS-CoV-2.</b>	<b>pagina 11</b>
	<b>Behandeling op de Intensive Care bij ernstig verloop</b>	<b>pagina 13</b>

50

SARS-CoV-2 schijnregistratie en het dubieuze belang van Geld & Macht.

Kennelijk heeft de verkoop van een vaccin wereldwijd zulke grote belangen, dat de mythe van een 'dodelijk' SARS-CoV-2 virus koste wat kost in stand wordt  
55 gehouden. Niettemin, het SARS-CoV-2 virus heeft een IFR = de *infection fatality rate* van slechts 0,1 %, dit getal geeft weer hoe groot de kans op sterven door de infectie is.

SARS-CoV-2 is een compleet niet levensbedreigend virus en om daarvoor de hele mensheid in hun grondrechten te schenden en te vaccineren is compleet waanzin.  
60 Iedereen herinnert zich nog het rampscenario met de vele SARS-CoV-2 -doden in Italië, de overvolle ziekenhuizen en rijen met doodskisten Maar ook vanuit mijn visie beschreef ik al duidelijk (Outlook maart 2020) dat de wereldwijde corona-overlijdens statistieken totaal niet kloppen. Welnu, in de parlementen van Italië (tienduizenden "virus doden) en Nederland (duizenden "virus'doden) erkenden de  
65 Italiaanse minister van volksgezondheid vorige maand en de Nederlandse RIVM expert afgelopen week, dat er respectievelijk meer dan 99% van de coronadoden in werkelijkheid niet aan dit virus stierven en dat er in Nederland "slechts"70 personen overleden zonder onderliggende aandoeningen ( van de ruim 6000 " Corona doden " in Nederland). Wie de nauwkeurige instructie leest van het WHO: *De "SARS-COV-2-Guidelines for Death Certificates and Coding"* , die kan de achterliggende reden begrijpen van het hoge aantal "corona"doden in de wereld. Dus wat is nu de instructie aan alle artsen en landen in de wereld in deze WHO SARS guideline? De "SARS-COV-2-Guidelines for Death Certificates and Coding" geeft een nauwkeurige instructie om te bepalen wanneer er sprake is van een coronadode"" . SARS-COV-2  
75 moet niet alleen als doodsoorzaak vermeld worden bij overlijdens als gevolg van de ziekte. Ook als het onbevestigde vermoeden bestaat dat het virus een oorzaak is of deze aan de dood heeft bijgedragen, belandt deze in de coronastatistieken. Onze Nederlandse huisartsen volgden deze instructie op advies van de RIVM eveneens. Een positief testresultaat is daarvoor niet nodig. Een uitzondering is een overlijden binnen twee dagen na een ernstig motorongeval. Indien het slachtoffer echter later alsnog sterft en positief getest is op corona, dan belandt hij alsnog in de dagelijkse SARS-COV-2-koersen. Kortom, alle mensen die door wat dan ook voor onderliggende ziekte sterven, worden geregistreerd als "Corona"dode, wel of niet getest en welke symptomen willekeurig dan ook.

85 Zelfs indien de artsen menen dat dit vanuit medisch oogpunt onjuist is, wordt hen toch gevraagd de "Corona"doden als zodanig te registreren. Alles in het belang van

de vergelijking in de internationale statistieken, dit krijgt voorrang voor de WHO. Niettemin worden in alle landen naast deze instructie nog vele verschillende andere manieren van registratie gehanteerd. Al eind maart beschreef ik deze registratie wijze en waarschuwde in mijn opinie document dat de cijfers alleen dienen om de bevolkingen bang te maken. Geld en macht zijn weer aan de winnende hand en de wereld wordt tengevolge hiervan diep in de ellende gestort. ( zie mijn laatste hoofdstuk)

Overigens rond 1 juli 2020, na ongeveer 6 maanden, staat de teller op SARS-COV-2 doden ongeveer op een half miljoen/ 500.000 tegenover het "normale aantal doden" in periode 6 maanden ten gevolge van ziekten in de wereld van 28.500.000. Ook te vinden in de WHO website en daarbij zijn nog geen dodelijke slachtoffers van hongersnood en oorlogen opgeteld.

Dus het SARS-CoV-2 virus hoeft niemand bang van te worden en vooral niet in paniek je eigen gevoel uitschakelen en slaafs allerlei idiote maatregelen opvolgen .Ik zal niet ontkennen, dat SARS-CoV-2 zorgt voor een tijdelijke overbelasting in de zorg, juist omdat reeds zieke mensen en ouderen het meest slachtoffer worden en eerder komen te overlijden, dan dat op grond van hun ziekte en/of leeftijd verwacht mocht worden. Dat op zich is een trieste waarheid.

Maar....juist door het voorkomen dat groepen mensen samenkomen in binnenruimten zonder goede ventilatie, blijkt uiteindelijk de enige succesvolle en uiterst simpele maatregel te vormen om dergelijke super spreading events en piekvraag in de zorg te kunnen voorkomen. In alle oprechtheid hoop ik dat alle overheden en alle stream media nu eindelijk eens de waarheid gaan verkondigen en ophouden met onjuiste informatie te verspreiden In dit document beschrijf ik uitvoerig alle bevindingen en de realiteit van de laatste maanden. Ik start met mijn visie op de wetenschap, die echt moet veranderen, want hoe hebben wetenschappers het in godsnaam zover kunnen laten komen???

115

**Wetenschap REVOLUTIE NU nodig!** *Over Wetenschapsfilosofen Karl Popper, Thomas Kuhn en Lakatos*

120 Het algemene doel van de wetenschap is het ontdekken van de objectieve  
waarheid, echter ook wetenschappers zijn mensen en moeten zich realiseren dat  
menselijke kennis feilbaar is. Met name in deze tijd, waarin wetenschappelijke  
"experts" hun overheden (dringend) adviseren, moeten deze overheden zich ook  
125 realiseren, dat het nooit helemaal zeker kan zijn of deze "experts" geen fout  
hebben gemaakt. De "Experts" in WHO en Medische Task groepen in alle landen  
zijn ook mensen, die onder zware druk staan, zware verantwoordelijkheid dragen  
en voelen en van daaruit in angst en (soms) paniek vasthouden aan de dogma's  
waarin zij zijn opgeleid. Graag wil ik het fenomeen van deze Coronatijd kort  
130 samengevat eens plaatsen in het perspectief van de wetenschapsfilosofie, een  
thema dat mijn grote aandacht had in mijn eigen studies

Allereerst is daar Popper, deze grote filosoof uit de 20<sup>e</sup> eeuw stelde min of meer,  
dat een theorie in kracht zou toenemen, als die theorie in de praktijk getoetst zou  
worden en gefalsificeerd wordt door tegenbewijs. Dan kan de wetenschapper de  
theorie onmiddellijk laten vallen en vervangen door een betere hypothese. Popper  
135 beschreef hoe wetenschappers zich *zouden moeten* gedragen. Filosoof Kuhn  
beschreef hoe wetenschappers zich in de praktijk gedragen en was een andere  
mening toegedaan. Kuhn is de filosoof van het Paradigma, de huidige wetenschap is  
het Paradigma van een normale wetenschap, er is overeenstemming en men  
(denkt) dat er vooruitgang is. Het Paradigma van wetenschap in crisis  
140 anomalieën oftewel onverklaarbare verschijnselen binnen de theorie worden  
openlijk onderkend. En dan als laatste een revolutie in de wetenschap leidt tot het  
**Nieuwe Paradigma**, een nieuwe normale wetenschap, waarin de geldigheid van  
theorieën slechts binnen een context van andere theorieën en experimenten kan  
worden aangetoond. Dan de wetenschaps filosoof Lakatos, die stelt dat het er niet  
145 om gaat of een theorie waar of onwaar is, maar of het ene onderzoeksprogramma  
beter is dan het andere. Hij stelt dat een *onderzoeksprogramma* bestaat uit een  
theoretische *kern*, een aantal geaccepteerde experimentele technieken en een  
verzameling *aanvullende hypothesen*. Deze aanvullende hypothesen dienen om de  
theoretische kern van de theorie "te beschermen" tegen falsificatie. Zolang een  
150 onderzoeksprogramma progressief is, is het rationeel voor wetenschappers om de  
aanvullende hypothesen te veranderen (in plaats van de kerntheorie te verwerpen)  
wanneer ze geconfronteerd worden met potentieel tegenbewijs. Dus nog korter  
samengevat:

155 Poppers idee van de wetenschap als een speurtocht naar theorieën met een steeds  
grotere falsificeerbaarheid en Kuhns idee van de wetenschap als een opeenvolging  
van paradigma's. Lakatos hecht belang aan research/onderzoeksprogramma's om Poppers en  
Kuhns beider idee te verbinden.

### **We hebben een nieuw PARADIGMA nodig in de wetenschap:**

160 Wij bevinden ons in een normale wetenschaps periode gedurende deze Corona periode. Er is  
een paradigma van overeenstemming onder virologen ( zij gaan over de biologie van het virus)  
en epidemiologen ( zij gaan over de verspreiding van het virus) .Maar tegelijkertijd dient zich  
ook een wetenschaps crisis aan, er zijn hoofdzakelijk vanuit andere wetenschap disciplines  
aantoonbaar vele anomalieën, onverklaarbare en/of tegenstrijdige verschijnselen.  
165 Deze verschijnselen /aantoonbare onderzoeksresultaten worden aangetoond in vele  
recente onderzoeksprogrammas ( december 2019 – juni 2020) in meerdere  
verschillende landen in de wereld, onderzoeken die worden uitgevoerd door  
meestal andere wetenschapsdisciplines, die niet bij de "adviserende experts"  
betrokken zijn. De experts antwoorden meestal dat: er nog steeds onvoldoende  
bewijs is, er geen peer review wordt toege

170 past, "slechts" één studie, enz ... maar ... als men ervoor had gekozen om in de  
tijdcontext van het coronavirus deze resultaten te rapporteren om hun waarde te  
beoordelen, zou er naar mijn mening geen economische crisis zijn geweest! In de  
Corona-periode brachten angst, paniek, politieke leiders en 'deskundigen'-advies de  
wereld alleen maar in een rampzalige sociaal-economische crisis, gebaseerd op  
175 medisch modellen en de daarbij behorende tunnelvisie. Eerder werden  
wetenschappelijke studies en experimenten voornamelijk uitgevoerd en  
gepubliceerd vanuit de westerse wereld, zoals de VS, Europa, Canada en Australië.  
In deze 21e eeuw is de wereld steeds mondialer geworden, maar lijkt de  
wetenschap nog niet klaar om wereldwijd samen te werken? Wetenschappelijk  
180 onderzoek komt uit onder meer China, Taiwan, Zuid Korea, Hong Kong, ze worden  
benoemd na lang aandringen, maar worden ze behandeld? Hoe komt het dat veel  
zeer relevante onderzoeksresultaten volledig worden genegeerd tijdens deze  
Corona-tijd, resultaten die worden gevonden en gepubliceerd door vele disciplines  
zoals natuurbiologen, sociologen, filosofen, sociaaldemografen, psychologen,  
185 psychiaters en nog veel meer disciplines en uit verschillende landen over de hele  
wereld ??

*Zijn onze wetenschappers ook maar mensen en kan er ook arrogantie en  
discriminatie zijn in de wetenschap ?? Kunnen die menselijke kenmerken de  
meningen beïnvloeden? ... I can't breath?? ...*

190 Ik voorspel **een wetenschap revolutie** die zeer binnenkort zal gaan plaatsvinden  
en die er voor gaat zorgen dat er een nieuwe overeenstemming met een  
NIEUW PARADIGMA gaat ontstaan in **multidisciplinaire wetenschap &  
interdisciplinaire wetenschappelijke samenwerking in meer globale  
research en resultaten**= een nieuwe normale wetenschap , waarin de geldigheid  
195 van theorieën slechts binnen een context van andere theorieën en experimenten  
vanuit meerdere disciplines kan worden aangetoond.

***Wetenschap zal meer dan nu het geval is, ook moeten leren samen te werken vanuit de Westerse Wereld met de Oosterse(Azië) Wereld en de rest van de Wereld.***

200 **Wat weten we nu juli 2020 wat we nog niet wisten in november/december 2019 bij de start van de uitbraak?**

205 Over de verspreiding SARS-CoV-2: In weerwil van waar de WHO, Task forces , politiek leiders en de experts zich wereldwijd krampachtig aan vast houden: de 3 foot/1,5 meter distance....het heeft geen enkele zin. Grote druppels vallen binnen een seconde op de grond en besmetten niet als ze eenmaal uit de lucht zijn. De kleine druppeltjes, daarentegen, zweven maar heel langzaam naar de grond toe. Deze aerosols mini-druppeltjes zijn daardoor veel gevaarlijker als het gaat om mogelijke overdracht van het SARS-CoV-2 virus. De besmettingen vinden  
210 hoofdzakelijk plaats **middels super spreading events of circumstances, groepen mensen INDOOR in niet of slecht geventileerde ruimten**. Hoe langer de groep mensen binnen samen verblijft, hoe meer kans dat grote hoeveelheden aerosolen worden ingeademd. Het virus van een of meerdere besmette personen kan zich  
215 via praten, schreeuwen, zingen, hoesten, niezen en via de ademhaling rechtstreeks in de longen nestelen. *Vanuit de longen kan het virus in de bloedsomloop van de mens terechtkomen en kan dan bloedproppen in de bloedsomloop en / of verschillende organen veroorzaken.*

220 De NL sociaal geograaf Maurice de Hond en anderen internationaal (sommige virulogen en andere disciplines), bevestigen op grond van het verzamelen vele (wetenschappelijke) onderzoeken en resultaten /bevindingen van afgelopen maanden deze bovenstaande beschrijving. Langzaam aan (22 juni) komen ook andere officiële instituten tot een bevestiging, zoals in Europa door onder andere ECDC(European Centre for  
225 Disease Prevention) en in Duitsland het Robert Koch Instituut ( na onderzoek grote uitbraak in slachthuis). En in een Science wetenschappelijk artikel op 26 juni.

230 Ook het gebruik **van aircon en koeling in gesloten en/of overdekte ruimten** (bijvoorbeeld in de tropen tijdens windstilte voorafgaand aan tropische regenbui ) kan besmettingen veroorzaken, zelfs met kleine

groepen. Totale lock down van gezonde mensen verhoogt het risico op super spreading circumstances.

235 OUTDOOR in frisse buitenlucht neemt het risico voor besmetting af tot bijna nihil, afstand houden en dragen van mondkapjes niet dwingend nodig, maar selectieve vrije keuze voor de mensen.

### **SARS-CoV-2 al aanwezig in wereld voordat de uitbraak in China plaatsvond?**

240 Een nieuw gegeven: Tom Jefferson, epidemioloog, verbonden aan CEBM Universiteit van Oxford verklaart, dat er steeds meer aanwijzingen zijn dat het SARS-CoV-2 virus ook al elders in de wereld was, voor de uitbraak in China. In de nieuwe traceringsmethode in afvalwater/rioleringen ( zie elders in mijn document) zijn onder andere nu in Spanje al virus sporen gevonden in watermonsters van maart 2019, in Brazilië in november 2019 en in Italië midden december 2019. Mogelijke verklaring is, dat het virus  
245 al over de hele wereld sluimerde en onder de juiste omstandigheden "wakker" wordt. Iets soortgelijks gebeurde eerder, in de geschiedenis van de Spaanse griep stierf een derde van de bewoners van de geïsoleerde Samoa-eilanden, zonder enig contact met de buitenwereld. Een verklaring zou kunnen zijn, dat deze virussen niet zomaar ontstaan of verdwijnen,  
250 maar dat ze altijd sluimerend onder ons mensen zijn. Triggers kunnen omgevingsfactoren zijn of de mate waarin mensen massaal dicht op elkaar wonen in de grote steden. Het gegeven ondersteunt ook de aanwijzingen, dat het virus eveneens verspreid kan worden via menselijke uitwerpselen. Op al deze nieuwe aanwijzingen gaat zich nu onderzoek  
255 richten naar de ecologie van het virus en wat de triggers zijn en op welke wijze er mutaties ontstaan. Het goede nieuws is, dat het SARS-CoV-2 virus even snel weer kan verdwijnen als dat het opdook, net als SARS-CoV-1, het verdween gewoon. Ook dit nieuwe gegeven bewijst opnieuw, dat het ontwikkelen van een vaccin totaal absurd, onzinnig,  
260 geldverspillend en totaal niet nuttig is.

### Over het verloop van de ziekte SARS-CoV-2:

Risico groepen : Ouderen in de leeftijd van 70 - 75 +jaar en ouder zijn de groep met de meeste overlijdens, mensen die reeds lijden aan en onderliggend ziektebeeld zoals hoge bloeddruk, vaat- hartziekten, hoge bloeddruk, longziekten,



265 diabetis, neurologische aandoeningen en allerlei andere zware of reeds  
levensbedreigende ziektebeelden. Verder mensen met een overgewicht of auto  
immuun ziekten hebben een verhoogd risico om ernstig ziek te worden. Meer in het  
algemeen dus mensen die niet echt in een gezonde levens balans verkeren.  
Opmerkelijk dat er meer patiënten zijn met bloedgroep A en minder met  
270 bloedgroep O, dus wellicht kan dit gegeven ook een rol spelen. Ik merk op, dat er  
waarschijnlijk ook slachtoffers van SARS-CoV-2 zullen zijn, die zelf onwetend  
zijn/waren dat zij reeds ziek zijn of waren, een (nog) niet met een ziektebeeld  
gediagnostiseerde persoon. Dat is uiteraard moeilijk vast te stellen en voor zover ik  
weet is daar nergens een registratie van, althans heb ik nergens gevonden. Naast  
275 het feit van genetische factoren, kan het voorgaande misschien ook een verklaring  
zijn voor de sterfte onder mensen jonger dan 70 jaar, deze aantallen zijn overigens  
veel minder frequent. Opmerkelijk is, dat er meer mannen dan vrouwen overlijden  
aan SARS-CoV-2. Het overgrote deel van de met SARS-CoV-2 besmette mensen  
wordt in het geheel niet ziek. Slechts een paar procent van de mensen worden mild  
280 of ernstig ziek. Samenvattend, 20 – 25 % van mensen kan geïnfecteerd raken, 10  
– 15 % van die mensen behoren tot de risico groep, en 1 % van die groep kan wel  
ernstig ziek worden van het SARS-CoV-2. De *case fatality rate* / het sterftecijfer  
van die laatste 1 % groep ernstig zieke mensen ligt op 0,1 – tot maximal 0,4%. Het  
is dus bepaald GEEN dodelijk SARS-Cov-2 virus.

285 Kinderen en Jongeren tot omstreeks 18 jaar lopen bijna geen kans om besmet te  
worden of ziek te worden, uitzonderingen daargelaten. Nog onduidelijk is hoe de  
besmetting hier verloopt, men ziet aanwijzingen dat SARS-Cov-2 zieke of besmette  
volwassenen eventueel kinderen/jeugdigen kunnen besmetten, niet andersom.

Een nieuwe trend sinds half juni als volgt: Na de uitbraken in China/Azië en Europa  
290 /Australië en Nw Sealand, zijn de virusuitbraken daar nu merendeels afgevlakt. Het  
SARS-CoV-2 raast nu echter nog heftig rond in delen van de USA (Noord Amerika),  
Zuid Amerika en India.

**Wat nu opvalt als een nieuwe trend is, dat de dodelijke slachtoffers  
verhoudingsgewijs naast ouderen nu ook meer mensen in middelbare  
295 leeftijd en jonger zijn.**

Mijns inziens spelen hier de volgende 6 elementen een grote rol:

1. De gemiddelde leeftijd in deze landen is lager, er zijn veel meer jongeren  
dan ouderen;

- 300 2. De organisatie en de kwaliteit van ziekenhuizen, de deskundigheden van artsen/verpleegkundigen in ontwikkelingslanden kan van een andere standaard zijn dan gebruikelijk in de westerse landen;
- 305 3. De toegankelijkheid voor miljoenen mensen van de bevolking tot de ziekenhuiszorg in deze landen is er niet of moeilijker, niet zoals in westerse landen met volksverzekeringen en iedereen die gemakkelijk toegang heeft tot alle vormen van zorg. In de USA en in de ontwikkelingslanden geldt, als je niet kunt betalen kom je niet in het ziekenhuis, kan je geen arts bezoeken of kan je geen medicijnen kopen;
- 310 4. Dus zijn er meer jongere mensen in deze landen met onderliggende maar nog (onbekende) gezondheidsproblemen/onderliggende ziekten;
- 310 5. De leefstijl van de (armere) mensen is niet zo gezond, ongezonde eetstijl en minder bewegen. Er zijn zeer veel mensen met overgewicht;
6. In deze landen zijn mensen op middelbare leeftijd (40 - 50 jaar) misschien wel equivalent voor de ouderen 70 + in de westerse landen;

*Noot: de elementen 3, 4, 5 en 6 zijn zelfs wel degelijk van toepassing in de USA!*

315 **Conclusie en mijn verwachte uitkomst:** Zowel in de USA als wel in de meeste ontwikkelingslanden zal de trend naar meer **SARS-CoV-2 slachtoffers op jongere leeftijd** getalsmatig en verhoudingsgewijs tot oudere slachtoffers de rest van het jaar 2020 **gaan toenemen.**

320 **Rokers & risico SARS-CoV-2.** Een ander opmerkelijk feit: Er sterven meer mannen dan vrouwen aan het SARS-CoV-2 virus, een dokter die in Nederland hierover werd geïnterviewd verklaarde dat mannen "nu eenmaal meer roken". In mijn outlook eind maart schreef ik al, dat deze aanname voor mij onzin is. Zelf werkte ik als verpleegkundige op een longkanker afdeling, ik ben zelf roker, ik rook nog steeds dezelfde hoeveelheid tabak, ik was toentertijd gewoon nieuwsgierig, dus

325 ik voerde zelf een onderzoekje uit om te zien hoeveel longkanker patiënten rokers waren. Tot mijn verbazing waren slechts 20 % rokers en 80 % van de longkanker patiënten niet rokers ( 1976, n= 85, statistiek 6 maanden).

330 Welnu, afgelopen maand ( 19 mei) publicatie in de Lancet : onderzoek van een groep in de OXFORD University in (GB) en Pasteur instituut/ Universiteit Sorbonne (France), niet de eersten de besten, onderzocht het aantal SARS-CoV-2 doden die

rookten. Zij verzamelden data uit meer dan 20 landen in de wereld. De uitkomst uit dit onderzoek geeft in de meeste data(niet alle data) aan, dat

- 1) de rokers onder de slachtoffers van SARS-CoV-2 ondervertegenwoordigd zijn
- 2) een onderzoek geeft aan dat meer dan 90 % van slachtoffers niet roker zijn
- 3) er niet meer rokers dan niet rokers slachtoffer zijn.

335

Overigens, als je googelt(SARS,Oxford,Sorbonne, nicotine), vind je heel veel elkaar tegensprekende onderzoeksresultaten, het lijkt op de controverseroken en anti-roken bewegingen.Niettemin de aanname die vanuit het door mij genoemde onderzoek wordt gedaan is, dat het eiwit(ten) membraam in de cellen, die als receptoren voor het SARS-CoV-2 virus dienen, verstoord worden door de nicotine. Roken functioneert min of meer als verstoring voor het virus om zich aan de cellen te hechten. Aan de Franse Universiteit de Sorbonne gaat men proberen de hypothese te bewijzen met een experiment nicotine pleisters.

340

Ernstig verloop.

345 Longen: Om het eenvoudig te zeggen(zonder alle medische termen), de besmetting met het SARS-CoV-2 verloopt door het inademen rechtstreeks in de longen. Het virus bindt zich aan de long (bloed)cellen, de longcellen bevatten nu veel meer vocht, waardoor er een grote druk in de longen door vochtophoping kan ontstaan. Dat is de heftige kortademigheid, die zelfs levensbedreigend kan worden. 350 Echter, het virus kan zich vanuit de longcellen eveneens verspreiden in de bloedsomloop.

350

Hart & bloedsomloop: Er worden veel SARS-CoV-2 patiënten gezien, die naast de longproblemen en/of met allerlei verschijnselen van bloedstolsels in de bloedsomloop te doen hebben. Uiteenlopende ziektebeelden zoals diverse hartproblemen, trombose, hersenberoerte en nog veel meer ernstige ziektebeelden worden beschreven. Deze long – en bloedsomloop aandoeningen benodigen vaak 355 een acute opname op de Intensive Care in ziekenhuis en veel klachten kunnen tot de dood leiden.

355

Mild verloop.

360 Er zijn besmette mensen die totaal niet ziek worden (maar wel andere mensen kunnen besmetten) en er zijn besmette mensen die minder ernstig (mild) ziek worden. Mild verloop betreft de *meerderheid ( 95 % + ) van de besmette mensen.*

Mild ziek kent hoofdzakelijk de vorm met de symptomen : geïrriteerde keel, neusverkoudheid, kriebelhoest, hoofdpijn, soms licht benauwd, soms lichte koorts.  
365 Na enige dagen of weken verdwijnen de klachten. Echter, bij een deel van de groep mensen die te boek staan als mild ziek, zijn de milde symptomen toch heftiger en langduriger tot enkele maanden , mensen zijn in thuisisolatie maar vaak is ook een normale ziekenhuis opname benodigd. Deze mensen hebben echt heftiger benauwdheden, koortsig, zijn ernstig moe en lusteloos, bedlegerig, niet in staat  
370 om een korte actie te ondernemen en kunnen een tijd lang uit balans blijven. Soms moet achteraf alsnog ziekenhuisopname plaatsvinden. Ook typische klachten van smaak – en reukverlies komen bij deze groep voor.

Medicatie simpel gezegd er bestaat (nog) geen specifieke SARS medicijn

Veel aandacht in de wereld, welke medicijnen werken tegen deze onbekende ziekte van het SARSCoV-2 virus? Het is echter onvoorstelbaar en volgens mij nog nooit eerder vertoond, hoeveel gegevens over deze nieuwe ziekte wereldwijd in korte tijd bekend zijn geworden. Om met Johan Cruyf te spreken: ieder nadeel hebt zijn voordeel... maar medicijnen die tegen deze ziekte werken? Daar is nog veel onenigheid en discussie over. Er is simpelweg nog geen medicijn tegen SARS-CoV-2. En Vaccin? Kom ik later in dit document op terug, mijn persoonlijke mening over eventueel vaccin: nee niet doen.  
375  
380

Anti virale middelen: men spreekt over dexamethason als anti viraal medicijn, het schijnt de ziekteduur enigszins te verkorten. Zo ook het anti virus medicijn Remdesivir (Ebola virus medicijn) is in Europa nu goedgekeurd, maar de USA heeft de hele wereldvoorraad reeds opgekocht: waar is de solidariteit?  
385

Ik las echter ook een onderzoek van een aantal artsen met de uitspraak:

*" Wat we zeggen is dat misschien de beste antivirale therapie eigenlijk geen antivirale therapie is. De beste therapie is misschien wel een medicijn dat het vasculaire endotheel stabiliseert. We bouwen aan een drastisch ander concept."*

390 *Een mogelijkheid van medicatie, op basis van hun nieuwe inzicht, dat het virus de bloedsomloop aantast, zijn de bloeddruk verlagende middelen zoals zowel statines als ACE-remmers.*

395 Malaria medicijnen zoals (hydro)chloroquin is genoeg onzin over geschreven, men moet daarin de eigen keuze maken. Ook het toedienen van het BMR vaccin(Tuberculosis) wordt genoemd als verlichtende mogelijkheid.

400 Verpleegkundig gezien lijkt mij, dat dehydratie een grote rol speelt en dat dient te worden voorkomen. Ja en dan de eetgewoonten...al de junkfoods (McD, KFC,etc) vanuit de USA over de hele wereld, het de hele dag (3 x daags) rijst eten in Aziatische landen en geen groenten, met wijdverspreid miljoenen Obesitas mensen en kinderen tot gevolg.....Als preventie en verhogen van de immuniteit is gezond eten en bewegen (wandelen, fietsen, zwemmen) belangrijk, alsmede het nuttigen van de benodigde vitaminen en vooral ook zink combinaties in groenten en fruit. Maar dat dient een levensstijl te zijn, nu beginnen? Ach ja beter laat dan nooit..... Je bent wat je eet en drinkt!

#### 405 **Over de behandeling op de Intensive Care bij ernstig verloop**

In de 90er jaren verkondigde ik tijdens een van mijn congressen de volgende stelling, die mij ook toen niet in dank werd afgenomen:

410 *De verpleegkundige diagnose biedt een grotere garantie voor de juiste inschatting van de verblijfsduur en zorgkosten bij ziekte voor patiënten in het ziekenhuis dan dat de medische diagnose kan bieden.*

415 Mijn persoonlijke mening: Bij de behandeling van ernstig zieke SARS-CoV-2 patiënten op de Intensive care wordt te snel door de dokters beslist om over te gaan op het kunstmatig beademen van de patiënt. Dit komt mijns inziens door het feit, dat IC's geleid worden door medische managers en niet door verpleegkundige managers. Als verpleegkundige weten wij, dat kunstmatige beademing een allerlaatste redmiddel is, en indien de SARS-Cov-2 patiënt weer bijkomt en zelfstandig kan ademen, is daarna nog een (maanden) lange revalidatie benodigd.

#### **Intensieve Zorg , IC, vooral NIET uitbreiden, onzin**

420 Normaal liggen ernstig zieke patiënten slechts enige dagen of een week aan de beademing. SARS-CoV-2 patiënten liggen meerdere weken aan de beademing! De kans is dan zelfs groter, dat naderhand gedurende de lange revalidatie de patiënt alsnog overlijdt. Verpleegkundigen weten, dat in geval van ernstige ademnood er ook alternatieven voorhanden zijn. Zo is er ook een kantelbed, alhoewel dat lastig is. Naast het toedienen van zuurstof kan er ook afwisselend buik, zij- en rugligging worden toegepast. Bij met name de buikligging kan de druk van de longen

verminderd worden en dus de ademhaling verbeteren, dit is ook geen aangename lichaamshouding dus zal wisselgigging dienen te worden toegepast. Dat is wel meer arbeidsintensief, maar daar kun je mensen kort voor trainen, die deze handelingen dan onder leiding van verpleegkundige kunnen toepassen. Ik denk dat deze

430 verpleegkundige aanpak veel levens zou kunnen besparen. En naar mijn mening...de verpleegkundigen zouden zich moeten verzetten tegen een Intensive care bedden uitbreiding, dat is een medisch verdien model denken van artsen in ziekenhuizen die niet in loondienst van dat ziekenhuis zijn! Voor de nabije toekomst kan men beter regionale noodvoorziening(en) opzetten die gespecialiseerd worden

435 op epidemische zorg, care en cure. Dat specialisme komt amper aan de orde in de huidige verpleegkundige opleidingen, GGD verpleegkundigen doen hoofdzakelijk vaccinatie programma's. Voor uitsluitend epidemische zorg kun je heel snel en effectief teams opleiden en dan vervolgens de reguliere ziekenhuizen in de nabije toekomst als achterwacht laten functioneren. Dat is meer effectief dan uitbreiden

440 van (te) dure Intensive Cares ten faveure voor de hoge inkomen verdienende artsen!. Last but not least:Gedurende de SARS lock down periode maakten artsen zich grote zorgen over de mensen met uitgestelde zorg, mensen die vanwege de hoge SARS bezetting geen afspraak durfden te maken. Het hoofd IC zorg in NL, opnieuw een dokter, liet na de piek in de SARS opnamen weten, dat de "productie" gelukkig weer langzaam op gang komt. Wel, deze "productie"= het aantal mensen dat voor afspraak/behandeling naar het ziekenhuis komt, is nog steeds een

445 bijzonder laag aantal. Wat betekent dat? De artsen willen zo graag productie, zij verdienen per verrichting, want ze zijn immers niet in loondienst Uiteraard zullen er mensen zijn die te laat behandeld gaan worden, die komen nu met hun zorgvraag in ziekenhuis en op IC's terecht. Maar hoofdzakelijk blijkt dus dat veel mensen geen acute vraag voor behandeling meer hebben. Ofwel: geen behandeling is ook behandeling.Ofwel onze Nederlandse zorg is zo toegankelijk geworden, dat dit er voor zorgt dat er teveel wordt behandeld en onze zorg daardoor onbetaalbaar wordt!

455 Dat is de reden voor mijn dringende aanbeveling: **Breng de verpleegkundige managers weer terug en laat de artsen nu eindelijk in loondienst werken in de ziekenhuizen!!**