

# De feiten op een rij, welk risico loop jij?

Inzichten om de effectiviteit van overheidsmaatregelen te bepalen

De eerste COVID-19-golf is voorbij maar de komende maanden zal het virus nog een grote rol in ons leven spelen. We moeten ons voorbereiden op meer uitbraken in de komende 12 tot 18 maanden, en dus ook op overheidsinterventies met het doel om deze uitbraken te onderdrukken. De belangrijkste discussie voor de komende maanden zal gaan over de effectiviteit versus de kosten van die mogelijke interventies. In hoeverre weegt de effectiviteit van een bepaalde maatregel op tegen de economische en maatschappelijke impact van die maatregel. Die effectiviteit zou niet gemeten moeten worden in het aantal besmettingen dat wordt voorkomen, maar in de negatieve gezondheidsimpact die we daarmee voorkomen: mortaliteit, IC-opnames en ziekenhuisopnames.

We moeten dus de negatieve gezondheidsimpact, oftewel het gezondheidsrisico, van een COVID-19-besmetting per populatiesegment (bijv. leeftijdsgroep) beter begrijpen. Ons doel met deze infographic is op dat gebied een aantal nuttige inzichten toe te voegen.

## 1 Sterftecijfers in Europa variëren tussen 4 en 15%

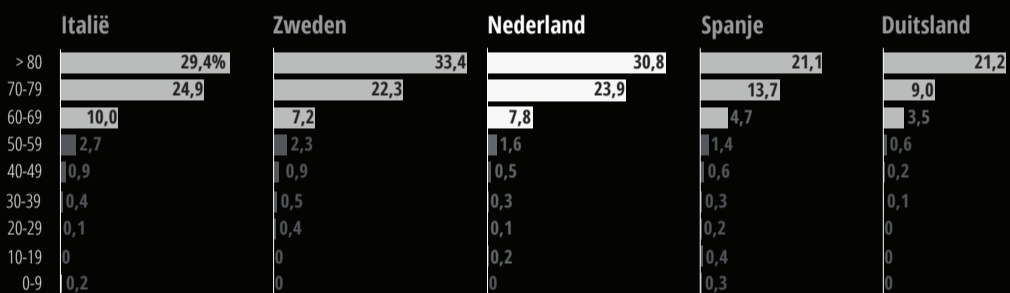
Verschillen worden vooral veroorzaakt door (wijze van) testen

De verhouding tussen gerapporteerde cijfers over sterfgevallen en aantal positieve tests, de zogenaamde 'Case Fatality Rate' (CFR), is in Nederland, Verenigd Koninkrijk, Italië, Spanje en Zweden boven de 10%. Duitsland is een opvallende uitschieter met 4%. Dit betekent niet dat zij daadwerkelijk een betere gezondheidscore hebben, maar dat ze meer milde gevallen testen en rapporteren.



Sterfte bijna volledig veroorzaakt door sterfgevallen in 60 plus leeftijdsgroepen

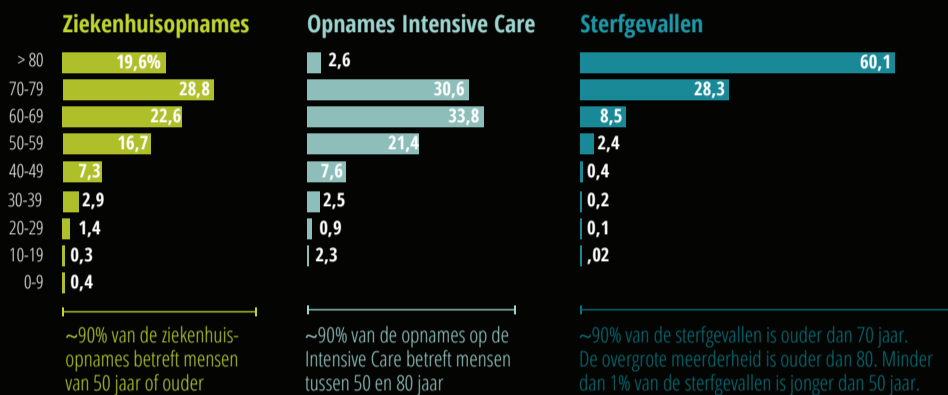
Percentage van de gerapporteerde sterfgevallen per leeftijdsgroep, per land.



## 2 90% van de sterfgevallen is ouder dan 70 jaar

Ziekenhuisopnames, IC-opnames en sterfte per leeftijdsgroep in Nederland

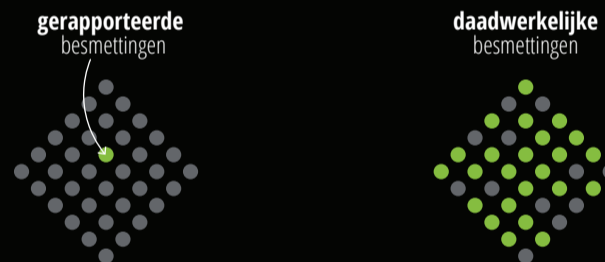
Als we kijken naar de verdeling van ziekenhuis- en IC-opnames, dan zien we dat die sterk geconcentreerd is in de leeftijdsgroep tussen 60 en 80 jaar. Binnen die groepen hebben onderliggende condities als overgewicht, hartaandoeningen, diabetes en COPD weer een sterke impact.



## 3 Werkelijk sterftecijfer waarschijnlijk 10-30 keer lager

En het aantal werkelijke COVID-19 gevallen derhalve 10-30 keer hoger

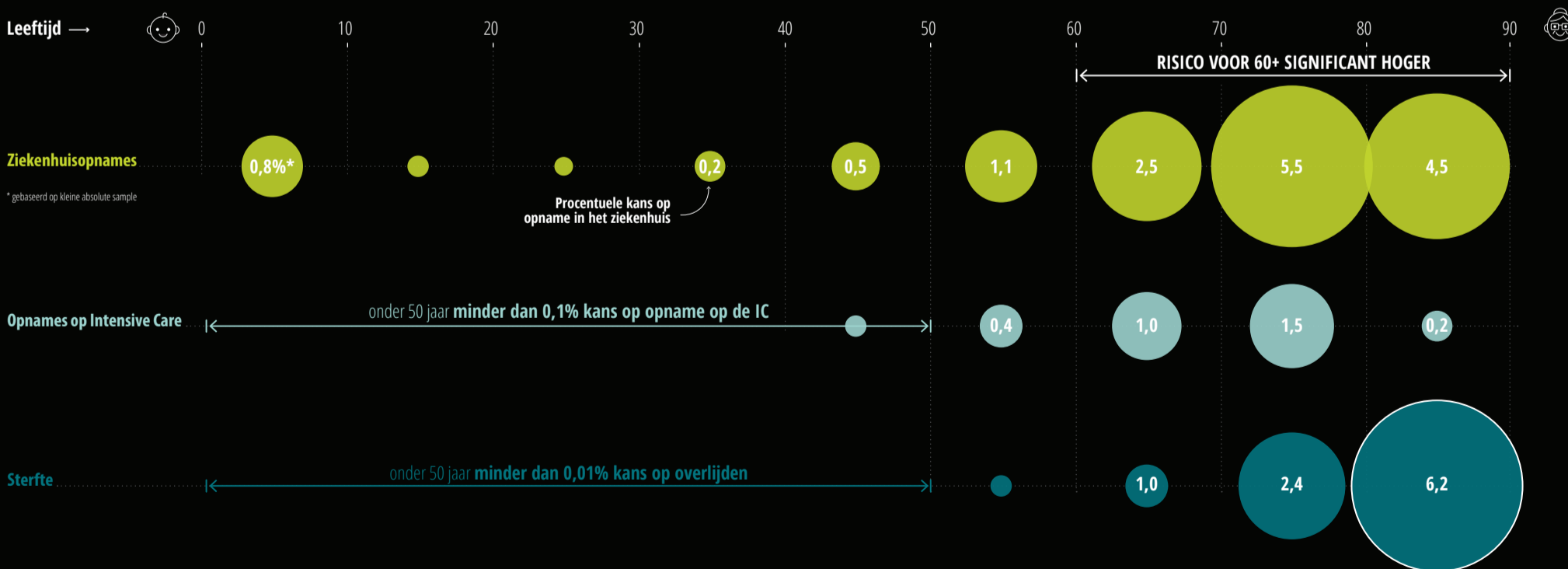
Hoewel het onderzoek nog prematuur is en de steekproef beperkt en niet volledig representatief, suggereert recent internationaal en nationaal onderzoek dat het werkelijke sterftecijfer een factor 10-30 lager ligt dan eerder gerapporteerd.



## 4 Gemiddelden zeggen niets

Verschillen in risicogroep zijn zo extreem dat het gemiddelde niet relevant is

Wij hebben ons onderzoek gebaseerd op internationale en Nederlandse cijfers van 30 april 2020, met betrekking tot het aantal geteste en positief gerapporteerde gevallen en de resulterende ziekenhuisopnames, IC-opnames, en mortaliteit. Daaruitvolgend het echte risico per leeftijdsgroep op **ziekenhuisopname**, **IC-opname**, en **sterfte** door het oplopen van COVID-19.



## 5 Belangrijkste implicaties

De basis voor verdere discussie

Interventies blijven nodig



Bij 500.000 besmettingen per week nog steeds >3.000 IC bedden nodig

Focus op beschermen 70+ populatie



Grote waarde in meer gerichte interventies voor 70+ groep i.p.v. gehele populatie

Meer testen en immuniteitsonderzoek



Behoeft aan verzamelen van meer data over een langere periode

Zet de werkelijke kosten in perspectief



Hoe staan de economische kosten die we maken om COVID-19 gezondheidsrisico's te voorkomen in verhouding tot andere risico's

Het daadwerkelijke percentage ligt mogelijk hoger door niet als COVID gerapporteerde oversterfte. We schatten dat het daadwerkelijke percentage **tussen 6% -10% ligt**.