

## Prevalentie van verstandelijke beperkingen

‘De bevindingen werpen nieuwe vragen op over bijvoorbeeld veranderingen in de prevalentie in de tijd. Die kunnen longitudinaal worden bestudeerd met behulp van dezelfde registers’<sup>[13]p.294</sup>

### Inleiding

Doorgaans wordt, als vuistregel, gezegd dat iets minder dan 1% van de mensen verstandelijke beperkingen (VB) heeft. Maar de schattingen lopen nogal eens uiteen. Het is voor planningsdoeleinden goed om inzicht te hebben in de prevalentie<sup>a</sup> van VB en mogelijke veranderingen daarin in de tijd. Daarom wordt in dit feitenoverzicht ingegaan op de prevalentie van VB.

### Doelstelling

Het doel van dit overzicht is om lezers inzicht te geven in de methoden en uitkomsten van recente onderzoeken naar de prevalentie van VB.

### Methode

In de internationale databases CINAHL, ERIC, PsycARTICLES, PsycINFO, SocINDEX Psychology and Behavioral Sciences Collection en MEDLINE is gezocht naar teksten in academische tijdschriften met de volgende zoekopdracht:

- Woordencombinaties in de titel: "prevalence of intell\* disab\*" en "prevalence of mental\* retard\*" en "prevalence of learning disab\*";
- Taal: Engels,
- Publicatieperiode: 2009-2019,
- Review: Peer reviewed,
- Beschikbaarheid online: Linked full text.

Het gaat dus om recente (2009-2019) wetenschappelijke onderzoekpublicaties over de prevalentie van VB. Er werden met deze zoekopdrachten 12 artikelen gevonden. Twee artikelen over de prevalentie van VB samen met resp. mestcelziekte en afasie werden om inhoudelijke redenen niet geïnccludeerd. In Nederlands Tijdschrift voor Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen werden, op basis van de zoekterm ‘prevalentie’ en de titels van zo gevonden artikelen, geen terzake relevante artikelen gevonden. Het feitenoverzicht gaat dus over 10 artikelen.

### Resultaten

Tabel 1 laat enkele belangrijke resultaten van de onderzoeken zien. De prevalenties tussen de diverse onderzochte algemene populaties (of deelpopulaties) variëren enorm: van ruim 2% tot minder dan 0,2%. Dat is mede afhankelijk van de gekozen methode om VB te diagnosticeren (registreren) en de populaties (onder andere locatie, leeftijd) waarin die metingen zijn gedaan. Ook binnen populaties zijn er grote verschillen in uitkomsten door de gehanteerde methodes. Dat onder gedetineerden relatief veel mensen met (ongediagnosticeerde) VB zijn, bleek ook al uit een eerder feitenoverzicht<sup>[5]</sup>. Ook de invloed van andere variabelen op de prevalentie verschilt tussen de onderzoeken. Meestal, maar niet altijd, is de prevalentie van VB hoger bij het mannelijk geslacht. De prevalentie van VB bleek de ene keer hoger in stedelijke gebieden en de andere keer in landelijke gebieden. De invloed van culturele verschillen op de uitkomsten kan overigens niet op voorhand worden uitgesloten.

<sup>a</sup> De prevalentie van een aandoening (hier: verstandelijke beperkingen) is het aantal mensen met deze aandoening per, bijvoorbeeld, duizend mensen uit dezelfde populatie op een specifiek moment.

## Beschouwing

Het meten van de prevalentie van VB is niet eenvoudig en kent ook nu nog veel methodologische problemen. Dat blijkt uit de resultaten van dit feitenoverzicht. De keuze voor (deel)populaties, methode van diagnosticeren en de gebruikte databestanden resulteerde in soms zeer grote verschillen in prevalentie. Soms lijken verschillen logisch (deelpopulaties, aard van databestanden), soms zijn de afwijkingen te groot om van valide schattingen te kunnen spreken.

Het is dus uiterst raadzaam om gevonden prevalentiecijfers altijd zorgvuldig te bezien op de gebruikte methodologie.

Publicaties van Nederlands onderzoek werden via de hiervoor beschreven zoekactie helaas niet gevonden. Maar eerdere prevalentie-metingen in Nederland<sup>[4, 10, 16]</sup> kenden ook problemen om nauwkeurige schattingen van de prevalentie te geven. Sommige van die onderzoeken gingen over alle mensen met VB, andere alleen over zorggebruikers en zorgvragers. Het verschil is dan dat mensen met VB die geen gebruik (willen) maken van professionele zorg niet geïnccludeerd zijn en niet geteld worden. Zo gebruikte het SCP<sup>[10]</sup> in 2010 nationale databestanden van zorggebruikers en zorgvragers. Dat lijkt een veilige keuze. De auteurs constateerden echter dat er in de beschikbare bestanden onder andere dubbelingen en lacunes zitten, bestanden onvolledig opgeschoond zijn en kernvariabelen ontbreken.

Het is begrijpelijk dat niet alle mensen met VB zomaar en op (geanonimiseerd) persoonsniveau geregistreerd worden omdat ze VB hebben. Voor planningsdoeleinden is het desondanks wel zinvol om te weten hoeveel mensen met VB er in Nederland zijn, van welke diensten zij gebruik maken en wat hun wensen voor zorggebruik later zijn.

Recent is gestart met het inventariseren van mogelijkheden om basisgegevens van mensen met VB (of zorggebruikers) te registeren in de zogenaamde Minimale Dataset<sup>[17]</sup>. Ook daar blijkt dat praktische problemen de voortgang belemmeren<sup>[8]</sup>.

Onderzoeken kunnen inzicht geven in de prevalentie van VB en veranderingen daarin in de tijd. Daarvoor is longitudinaal onderzoek met behulp van dezelfde registers nodig (zie ook<sup>[13]</sup>). Het is daarom aan te bevelen dat onder andere zorgorganisaties, brancheverenigingen, financiers, planbureaus en de overheid samen stelling nemen in de discussies rondom registraties van mensen met VB. Vervolgens kan gezamenlijk worden opgetrokken om de nodige vervolgstappen te maken.

Onlangs verscheen de aankondiging van de nieuwe subsidieronde vanuit het programma 'Gewoon Bijzonder' om 'hergebruik van data te stimuleren en de meerwaarde van het continu verzamelen van data te benadrukken'<sup>[2]</sup>. Ook in het licht van prevalentieonderzoek is deze wens voor datahergebruik lovenswaardig: het biedt naar verwachting mogelijkheden voor betere schattingen van prevalentie, al is het maar in deelpopulaties.

### Implicaties voor beleid

Voor inzicht in (toekomstig) zorggebruik is inzicht in de prevalentie van verstandelijke beperkingen (feitelijk aantal of alleen zorggebruikers en -vragers) belangrijk.

Het meten van prevalentie van verstandelijke beperkingen is echter lastig. Door de methode van diagnosticeren (registreren) en het bepalen van doelgroepen blijken de onderzoeken te leiden tot soms forse verschillen in gevonden prevalenties.

Gezamenlijke inspanningen van onder andere zorgorganisaties, brancheverenigingen, financiers, planbureaus en de overheid zijn nodig om na te gaan welke data en inspanningen nodig zijn voor een goede schatting van de prevalentie van verstandelijke beperkingen en mogelijke veranderingen daarin.

## Referenties

1. Herrington, V. (2009). Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5), 397-410. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01150.x.
2. Kennisplein Gehandicaptensector. (2019). Aankondiging nieuwe subsidieronde Gewoon Bijzonder: onderzoek met bestaande gegevens (nieuwsbericht). Opgehaald op 17 augustus 2019, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/nieuws/nieuwe-subsidieronde-gewoon-bijzonder>.
3. Lai, D.-C., Y.-C. Tseng, Y.-M. Hou, & H.-R. Guo. (2012). Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2301-2307. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.001.
4. Maas, J.M.A.G., S. Serail, & A.J.M. Janssen. (1988). *Frequentie-onderzoek geestelijk gehandicapten 1986*. Tilburg: IVA.
5. Maaskant, M. (2019). *Jeugdige daders met verstandelijke beperkingen. Feitenoverzicht 4*. Roermond: Marian Maaskant - Onderzoek&Advies. Te downloaden via: <https://marianmaaskant.nl/feitenoverzichten.html>.
6. Maulik, P.K., M.N. Mascarenhas, C.D. Mathers, T. Dua, & S. Saxena. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018.
7. McConkey, R., S. Craig, & C. Kelly. (2019). The prevalence of intellectual disability: A comparison of national census and register records. *Research in Developmental Disabilities*, 89, 69-75. doi: 10.1016/j.ridd.2019.03.009.
8. N.N. (2019). Quick scan Optimalisatie datagebruik gehandicaptenzorg (bericht). *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 45(2), 131.
9. Raina, S.K., S. Razdan, & R. Nanda. (2012). Prevalence of mental retardation among children in RS Pura town of Jammu and Kashmir. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 15(1), 23-26. doi: 10.4103/0972-2327.93271.
10. Ras, M., I. Woittiez, H. Van Kempen, & K. Sadiraj. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
11. Sharma, S., S.K. Raina, A.K. Bhardwaj, S. Chaudhary, V. Kashyap, & V. Chander. (2016). Prevalence of mental retardation in urban and rural populations of the goiter zone in Northwest India. *Indian Journal Of Public Health*, 60(2), 131-137. doi: 10.4103/0019-557x.184545.
12. Søndena, E., K. Rasmussen, J.A. Nøttestad, & C. Lauvrud. (2010). Prevalence of intellectual disabilities in Norway: Domestic variance. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 161-167. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01230.x.
13. Westerinen, H., M. Kaski, L.J. Virta, F. Almqvist, & M. Iivanainen. (2014). Age-specific prevalence of intellectual disability in Finland at the beginning of new millennium—Multiple register method. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(3), 285-295. doi: 10.1111/jir.12017.
14. Westerinen, H., M. Kaski, L.J. Virta, F. Almqvist, H. Kautiainen, & M. Iivanainen. (2016). The prevalence of intellectual disability among 1-year cohorts of Finnish elderly as determined with the multiple register method. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(3), 267-271. doi: 10.3109/13668250.2016.1157852.
15. Westerinen, H., M. Kaski, L.J. Virta, H. Kautiainen, K.H. Pitkälä, & M. Iivanainen. (2017). The nationwide register-based prevalence of intellectual disability during childhood and adolescence. *Journal Of Intellectual Disability Research: JIDR*, 61(8), 802-809. doi: 10.1111/jir.12351.
16. Wullink, M., H.M.J. Van Schrojenstein Lantman-de Valk, G.J. Dinant, & J.F.M. Metsemakers. (2007). Prevalence of people with intellectual disability in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res*, 51(7), 511-519.
17. ZonMW. (z.j.). Werken met de Minimale Data Set. Opgehaald op 13 augustus 2019, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gehandicapten-en-chronisch-zieken/programmas/programma-detail/gewoon-bijzonder-nationaal-programma-gehandicapten/t/werken-met-de-minimale-data-set/>.

Tabel 1: Overzicht van onderzoeken naar prevalentie van VB; naar auteur(s), onderwerp, inhoud onderzoek en resultaten<sup>b</sup>.

Auteur(s)	Onderwerp	Inhoud onderzoek	Resultaten
Herrington <sup>[1]</sup>	Schatting van de prevalentie van VB bij jonge mannelijke gedetineerden (Australië).	Afname van de Kaufman Brief Intelligence Test (KBIT2) en Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS2) bij jonge mannelijke gedetineerden (18-21 jaar), waarvan aanwezigheid VB niet bekend was. Analyses zijn verricht over gegevens van 127/185 personen.	IQ-scores variëren van 55-119; gemidd. 84 (sd 12). 40/154 hebben verschillen in non-verbaal en verbaal IQ. Geen van de respondenten heeft een IQ minder dan 70 op KBIT2 én VABS2; de respondenten hebben strikt genomen geen VB (AAIDD-definitie). 14 respondenten (11%) hebben zeer lichte VB (borderline) op basis van KBIT2- en VABS2-scores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 personen: KBIT2 &lt;70 en VABS2 71-79,</li> <li>• 5 personen: KBIT2 en VABS2 70-74,</li> <li>• 4 personen: KBIT2 en VABS2 75-79 en ABC (adaptief gedrag, samengestelde score) &lt;79.</li> </ul>
Lai c.s. <sup>[3]</sup>	Sekse- en geografische verschillen in de prevalentie van VB bij kinderen: analyse van gegevens uit het Taiwanese nationale gehandicaptenregister (Taiwan).	Analyse van registraties van kinderen (3-17 j.) met VB, periode 2004-2010.	Registratie van handicaps is vrijwillig, maar wel nodig voor o.a. sociale verzekeringen, speciaal onderwijs. Tussen 2004 en 2010 steeg het aantal kinderen met VB jaarlijks, van 20.531 tot 23.547 (prevalentie: 4,4/1000 in 2004 en 5,8/1000 in 2010). De stijging is in alle leeftijdsgroepen (3-5, 6-11, 12-14, 15-17 j.) te zien. Er zijn meer jongens dan meisjes met VB (ratio: 1,3-1,4), met een daling met leeftijd (2010: van 2,0 tot 1,3). In landelijke gebieden wonen meer kinderen met VB: 5,4/1000 in 2004 tot 7,4/1000 in 2010 in vergelijking met stedelijke gebieden: 4,0/1000 in 2004 tot 5,2/1000 in 2010 (ratio: 1,4). De toename van het aantal geregistreerde kinderen met VB wordt toegeschreven aan de bereidheid te registreren, o.a. door hogere tolerantie t.a.v. mensen met handicaps, betere dienstverlening, betere herkenning van handicaps.

<sup>b</sup> Voor de leesbaarheid wordt de term 'statistisch significant' niet steeds gebruikt. Wanneer gesproken wordt van 'verschillen' of soortgelijke termen zijn deze statistisch significant ( $p < 0,05$ ). Bij de aanduiding 'geen verschillen' of soortgelijke termen zijn de gevonden verschillen niet statistisch significant.

<p>Maulik c.s.<sup>[6]</sup></p>	<p>Prevalentie van VB: een meta-analyse van populatiestudies.</p>	<p>Review van 52 artikelen, periode 1980-2009.</p>	<p>Gevonden prevalentie: 10,37/1000 (95% BI<sup>c</sup>: 9,55-11,18).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welvaart: 'Gevonden prevalentie neemt af met toenemende welvaart (inkomen) van betreffende landen (tussen 16,41-9,21/1000)'</li> <li>• Populatietype: hoogste prevalentie in stedelijke gebieden/achterstandswijken/mix stedelijk en landelijk (vs. landelijk gebied, regionale en (als laagste) landelijke data; tussen 21,23-6,23/1000),</li> <li>• Leeftijd/geslacht: kinderen/adolescenten (vs. volwassenen; 18,30-4,94/1000); mannen (vs. vrouwen; ratio tussen 1-2,5),</li> <li>• Diagnose VB: psychometrische schalen leiden tot de hoogste prevalentie, gevolgd door WHO/ICD-classificatie en AAIDD/ICF/andere criteria t.a.v. handicaps (resp. per 1000: 14,30-8,68-6,41).</li> </ul>
<p>McConkey c.s.<sup>[7]</sup></p>	<p>De prevalentie van VB: vergelijking van nationale telling en geregistreerde data (Ierland).</p>	<p>Vergelijken van prevalentie van VB in 26 regio's van Ierland in 2011 en 2016 via landelijke enquêtes en nationaal VB-databestand. Vergelijking prevalentie VB tussen Ierland, Noord-Ierland en Schotland.</p>	<p>Iedere 5 jaar worden Ierse inwoners via een enquête (ENQ) gevraagd of ze bepaalde aandoeningen hebben, waaronder VB. Daarnaast worden mensen met VB geregistreerd in een landelijk databestand (LDB) t.b.v. zorgplanning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal kinderen met VB via ENQ vs. LDB is 1,8 (2011) en 2,4 (2016) maal zo hoog.</li> <li>• Prevalentie per 1000 (2011, 2016): ENQ 17,7 en 22,2; LDB 9,7 en 9,4.</li> <li>• Volwassenen: ENQ vs. LDB (2011, 2016): factor 1,8 en 1,9. Prevalentie per 1000 (2011, 2016): ENQ 9,5 en 10,5; LDB 5,2 en 5,3.</li> </ul> <p>Er zijn grote verschillen in prevalentie tussen de regio's, mede doordat mensen in bovenregionale voorzieningen voor mensen met VB wonen. Via ENQ (niet identiek tussen de landen; ook vraag naar gedragsproblemen) zijn grote verschillen in prevalentie (per 1000) gevonden tussen Ierland, Schotland en Noord-Ierland:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen: 17,7 - 6,0 - 47,6</li> <li>• Volwassenen: 9,5 - 4,7 - 16,2.</li> </ul>

<sup>c</sup> BI - betrouwbaarheidsinterval: Met een betrouwbaarheidsinterval kan de precisie van een meting worden bepaald. Bij telkens een nieuwe steekproef uit dezelfde feitelijke populatie zal het betrouwbaarheidsinterval -in dit geval het 95% BI- in 95% van de gevallen de echte waarde bevatten.

Raina c.s. <sup>[9]</sup>	Prevalentie van VB bij kinderen in RS Pura-stad, regio Jammu en Kashmir (India).	Huis-aan-huis screening via de 10-vragen enquête bij alle kinderen <19 j. en bij positieve screening medisch onderzoek ter plaatse (fase 1). Nader klinisch onderzoek bij positieve screening en 10% controle bij negatieve screening (fase 2).	<p>Fase 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 61/7707 (0,79%) positieve screenings in fase 1.</li> </ul> <p>Fase 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen van de controlekinderen is positief getest in fase 2,</li> <li>• 56/61 positieve screening in fase 2; 5 vals-positieve uitslagen,</li> <li>• Prevalentie: 56/7707 (0,72%; 95% BI 5,92-9,08),</li> <li>• 48 kinderen: matige tot (zeer) ernstige VB, 8 lichte VB; geen sekseverschillen in prevalentie.</li> </ul>
Sharma c.s. <sup>[11]</sup>	Prevalentie van VB in stedelijke en landelijke gebieden in de goiter (vergroete schildklier)-zone in Noordwest-India (India).	Screening van 5300 kinderen, 1-10 jaar via de 10-vragen enquête. Nader klinisch onderzoek bij positieve screening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positieve screening bij 91/5300 (1,71%) kinderen,</li> <li>• VB per gebied: landelijk: n=84; stedelijk: n=5; achterstandswijken: n=2,</li> <li>• Leeftijd: Prevalentie VB landelijke gebieden: 6,8 maal hoger (95% BI: 2,96-15,69) bij kinderen 6-10 j. vs. 1-3 j.,</li> <li>• Stedelijke gebieden en achterstandswijken: te weinig data voor goede schatting,</li> <li>• Geen sekseverschillen in prevalentie.</li> </ul>
Søndena c.s. <sup>[12]</sup>	Prevalentie van VB in Noorwegen: binnenlandse verschillen (Noorwegen).	Data via het Noorse Ministerie van Lokale Overheid en Regionale Ontwikkeling; betreft 430 gemeenten. Na deinstitutionalisering zijn 33 gemeenten (7,7%) aangemerkt als 'gastgemeenten' met extra financiële middelen.	<p>Prevalentie van VB: 0,44% (n=21045/4,77 mln). Gemeenten met kleine populatiedichtheid hebben meer inwoners met VB dan gemeenten met grotere populatiedichtheid. Dit is ook regionaal te zien.</p> <p>Aangegeven wordt dat o.a. betere beschikbaarheid van dienstverlening in dichter bevolkte gebieden de resultaten kan verklaren.</p> <p>De prevalentie van VB in de 33 gastgemeenten verschilt niet van de andere gemeenten. Gemeenten die vroeger grote instituten hadden, hebben nu nog meer inwoners met VB (0,51% vs. 0,17%; kleine effectgrootte: <math>\eta^2=0,01</math>).</p>

<p>Westerinen c.s.<sup>[13]</sup></p>	<p>Leeftijdsspecifieke prevalentie van VB in Finland; meervoudige registratiemethoden (Finland).</p>	<p>Data via acht Finse registers:            1. toelage gehandicapte<sup>d</sup> kinderen (0-15j.),            2. toelage loonderving gehandicapten (16-64 j.),            3. toelage t.b.v. werk/studie voor licht gehandicapten (16-64 j.),            4. toelage revalidatie (zeer) ernstig gehandicapten (0-64 j.),            5. toeslag thuiszorg i.c.m. 2 (16-64 j.) en pensioen (65+),            6. vergoeding medische kosten langdurig zieken/ gehandicapten,            7. ziekenhuisregistratie,            8. registratie woonvoorzieningen voor VB.            Alleen laatste drie registraties omvatten alle leeftijdsgroepen. Diagnoses meestal via ICD-10.            Analyses op persoonsniveau via uniek BSN.</p>	<p>Prevalentie: 0,70% (95% BI 0,69-0,70; n=36053. Ratio man:vrouw: 1,16.            De (leeftijdsspecifieke) prevalenties van VB variëren fors tussen de diverse registers, hetgeen logisch is gezien de aard van de registraties.            De prevalentie van VB stijgt van 0,20% (95% BI 0,16-0,23) in het eerste levensjaar naar 0,74% (95% BI 0,68-0,81) bij 10-jarigen. Forse onderrapportage (ook door methode van registratie) van jonge kinderen met VB wordt dan ook verondersteld.            Tussen 16 en 30 jaar is de prevalentie stabiel (rond 0,7%). De prevalentie stijgt tussen 30 en 50 jaar van 0,67% naar 1,07%. Tussen 50 en 64 schommelt de prevalentie tussen 0,8% en 1%. De prevalentie bij 66 j. is veel lager: 0,49% (95% BI 0,43-0,55). Deze forse daling is terug te voeren op pensionering en dus verlies van bepaalde toelagen en uitschrijven uit gerelateerde registraties (registraties 2 t/m 4).            Er zijn weinig mensen met VB in de oudste leeftijdsgroepen (prevalentie tussen 0,2 en 0,4%). Ook in de oudere leeftijdsgroepen wordt forse onderrapportage van mensen met VB verondersteld. In de groep 95+ is de prevalentie hoog, maar gebaseerd op kleine aantallen.</p>
<p>Westerinen c.s.<sup>[14]</sup></p>	<p>De prevalentie van VB bij Finse ouderen via meervoudige registratiemethoden (Finland).</p>	<p>Zie hierboven.            Gebruikte data: 65- tot 100-jarigen (N=778473) per 31-12-2000.</p>	<p>Eerder onderzoek veronderstelde een onderrapportage van ouderen met VB (zie <sup>[13]</sup>), vooral door plotseling daling van geregistreerde aantallen na de pensioengerechtigde leeftijd. De prevalentie van VB bij ouderen (65+) is aangepast op basis van demografische data van de Finse populatie.            Het prevalentiecijfer is aangepast van 0,38% (95% BI: 0,37-0,40) naar 0,75% (0,73-0,76); mannen: 0,76% (0,73-0,79), vrouwen: 0,74% (0,71-0,76). Absoluut gezien betekent dit bijna een verdubbeling van het aantal.</p>

<sup>d</sup> Voor de leesbaarheid wordt hier gesproken van ‘gehandicapt’ in plaats van mensen met een handicap of mensen met beperkingen.

Westerinen c.s. <sup>[15]</sup>	Nationale op registratie gebaseerde prevalentie van VB bij kinderen en adolescenten (Finland).	Cumulatieve prevalentie van VB (ICD-10) op basis van data van kinderen met VB geboren tussen 1996-2007; periode 1996-2013, registratie via Gezondheidszorgregister.	<p>Het gaat om cumulatieve prevalentie: de eerste VB-registratie werd voor ieder kind als basis genomen. Kinderen geboren in 1996 zijn het langst (17,5 jaar) gevolgd.</p> <p>Eerste diagnoses (registraties) van VB zijn gedurende de hele kindertijd gesteld, met een kleine piek tussen 4 en 7 jaar. De cumulatieve prevalentie van VB voor het 1996-cohort in 2013 is 1,19% (95% CI 1,11-1,28) (jongens 1,42% (1,29-1,55); meisjes 0,95% (0,84-1,06)).</p> <p>De cumulatieve prevalentie voor de diverse cohorten (1996-1998, ..., 2005-2007) op 4,5-jarige leeftijd is nagenoeg gelijk (0,46-0,49%). Daarna zijn VB-diagnoses eerder gesteld in de jongere cohorten, resulterend in hogere prevalenties in die cohorten. Het 1999-cohort bereikte de prevalentie van 1,19% al ruim bij 14,5 jaar; het 1996-cohort bereikte dat bij 17,5 jaar (in 2013). Het aantal overlijdens heeft beperkte invloed op de prevalentie.</p>
---------------------------------	--	---	---