

# Ontwikkelingen op adoptiegebied in Nederland



Rolf Pelleboer en Tom Wolfs

**Dr. R.A.A. Pelleboer**, kinderarts n.p., lid Werkgroep Adoptie, International Child Health, NVK, Utrecht

**Dr. T.F.W. Wolfs**, kinderarts infectioloog-immunoloog, Wilhelmina Kinderziekenhuis/UMCU, Utrecht

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- kunt u beschrijven hoe een adoptietraject uit het buitenland verloopt;
- weet u waarom er de laatste jaren minder adoptiekinderen worden geadopteerd;
- weet u dat de kinderen die worden geadopteerd vaker een onderliggende aandoening hebben (*special needs*);
- weet u dat medische evaluatie van een buitenlands adoptiekind zinvol blijft, maar zou moeten worden uitgevoerd met specifieke aanpassingen voor het land van herkomst.

## Trefwoorden

adoptie, special needs-kinderen, medische evaluatie buitenlands adoptiekind

## Samenvatting

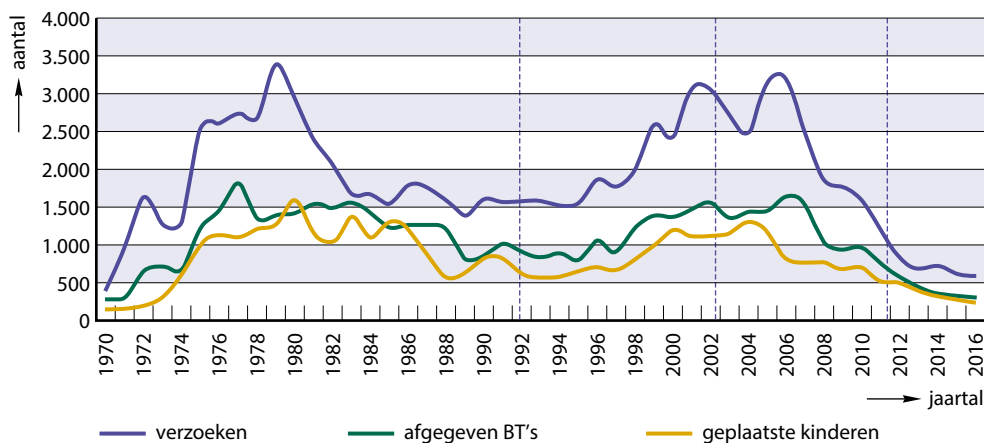
Het adopteren van een buitenlands kind is een zorgvuldige, langdurige en kostbare procedure waarbij veel instanties zijn betrokken. Het aanbod van adoptiekinderen is de afgelopen jaren aanzienlijk afgenomen. Bovendien heeft een steeds groter deel van de adoptiekinderen een extra zorgbehoefte (*special needs*). In 2015 was dit zelfs 85%. Medische evaluatie van adoptiekinderen blijft noodzakelijk, waarbij rekening moet worden gehouden met het land van herkomst.

## Casus

*Een ongewenst kinderloos echtpaar overweegt na enkele jaren een buitenlandse adoptie. Als aspirant-adoptieouders doorlopen zij gedurende ongeveer een jaar een verplicht traject bestaande uit voorlichting door Stichting Adoptievoorzieningen (SAV), onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming en matching en bemiddeling door een vergunninghouder (zie kader Vergunninghouders). De Centrale Autoriteit (CA) van het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft hierin een toetsende rol. In totaal doorloopt het echtpaar negen stappen.<sup>1</sup>*

*Na drie jaar krijgen de ouders een voorstel van de vergunninghouder. Het betreft een 3-jarige jongen uit China. Uit de papieren blijkt dat hij kort na de geboorte te vondeling is gelegd en de eerste twaalf maanden in een kindertehuis heeft verbleven. Momenteel woont hij bij een tijdelijk pleeggezin. In de papieren staat vermeld dat er sprake is van een developmentaal sexual disorder (DSD) waarbij hij in het eerste jaar voor meisje werd aangezien maar na echografisch en chromosomaal onderzoek een jongen bleek. Hierna onderging hij ook een naamsverandering. Daarnaast is er mogelijk sprake van rachitis en geven de serologische tests aan dat hij geïnfecteerd is met hepatitis B. De aspirant-ouders hebben 72 uur de tijd om het voorstel te overwegen. Na telefonisch overleg met een kinderarts uit een academisch ziekenhuis die ervaring heeft met de medische evaluatie van buitenlandse adoptiekinderen en waar tevens een DSD-poli is, besluiten ze in te gaan op het aanbod. Kort daarna reizen ze af naar China, waar de overdracht plaatsvindt. Twee weken later arriveren zij met het kind in Nederland.*

**Figuur 1** Aantal verzoeken, afgegeven beginseltoestemmingen (BT's) en geplaatste kinderen in de periode 1970 -2016.



### Inleiding

De afgelopen jaren is het adoptieproces van buitenlandse kinderen aanzienlijk veranderd. Dit artikel geeft een overzicht van de stappen in dat proces.

Het aantal buitenlandse adopties heeft de laatste decennia sterk gefluctueerd, maar sinds 2004 is een duidelijke dalende tendens zichtbaar (figuur 1). Werden er in 2004 nog 1307 kinderen geadopteerd, in 2015 bedroeg dat aantal slechts 304. Hiervan kwam 47% uit Azië, 24% uit Afrika, 17% uit Amerika en 12% uit Europa. China bleef met 100 kinderen het grootste aanleverende land, gevolgd door de Verenigde Staten (VS) (35), Zuid-Afrika (26), Nigeria (17) en Congo (17).<sup>1</sup>

Een aantal factoren is verantwoordelijk voor deze daling. Waar ongewenste kinderloosheid de belangrijkste reden voor adoptie is, is door verbeterde fertiliteitstechnieken in Nederland de vraag verder afgenomen.

Daarnaast is het aanbod van kinderen duidelijk verminderd. Sinds de jaren negentig komen de meeste adoptiekinderen uit China. In 2006 tekende China het Haagse Adoptieverdrag uit 1993. Hierin staat onder meer dat zowel het 'zendende' als het 'ontvangende' land eerst bekijkt of het te adopteren kind in eigen land kan worden geplaatst. Dit is door de gunstige ontwikkeling van de Chinese economie in de afgelopen jaren steeds vaker mogelijk. Hierdoor zijn meer meisjes en jonge kinderen in China zelf geadopteerd, zeker waar het gezonde kinderen betreft.

Daarnaast zijn de kosten van adoptie hoog. Die bedragen in totaal gemiddeld 20.000 tot 35.000 euro, met uitschieters naar boven (bijvoorbeeld de VS) en naar beneden. Het betreft vooral procedurele kosten in het buitenland, en die zijn niet meer aftrekbaar van de belasting zoals in het verleden het geval was.

Naast een afname van het totale aantal adopties wordt een relatieve toename waargenomen van de kinderen met zogenoemde *special needs* (SN). Hieronder wordt verstaan een kind dat extra zorg en aandacht nodig heeft vanwege een beperking. Onderscheiden worden operabele problemen (zoals schisis, klompvoetjes, hartafwijking en anusatresie) en niet-operabele problemen (zoals aangeboren chronische infectieziekten, een psychomotorische

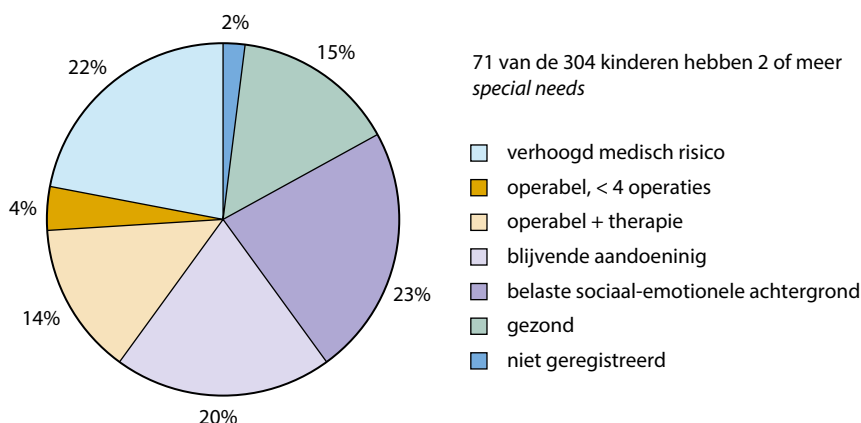
ontwikkelingsachterstand, visus- of gehoorproblemen, reductiedefecten, DSD en vele andere aandoeningen). Volgens het ministerie van Veiligheid en Justitie was de proportie SN-kinderen onder geadopteerde kinderen 54% in 2009 en 85% in 2015. Daarbij hadden 71 van de 304 kinderen die in 2015 werden geadopteerd, gecombineerde of meerdere special needs (figuur 2).

De gemiddelde leeftijd waarop een kind wordt geadopteerd, is de afgelopen jaren gestegen naar boven de 2 jaar. Uit onderzoek blijkt dat de leeftijd van adoptie relevant is voor het kunnen opbouwen van een goede hechting. Wanneer een kind vóór de eerste verjaardag is geadopteerd, heeft het een vergelijkbare hechting als een niet-geadopteerd kind. Bij een ouder kind is er een groter risico op onveilige of gedesorganiseerde gehechtheid. Zowel vroege als latere adoptie is een effectieve interventie voor de ontwikkeling van een kind en is duidelijk beter dan het doorbrengen van de hele jeugd in een kindertehuis.<sup>2</sup> Veel van het bovengenoemde onderzoek vindt plaats bij het Adoptie Driehoek Onderzoeks Centrum (ADOC), een kenniscentrum voor adoptie en pleegzorg in Leiden.

### Werkgroep Adoptie

De afgelopen jaren heeft de Werkgroep Adoptie van de sectie International Child Health van de nvk (kortweg Werkgroep) zich opgeworpen als gesprekspartner bij het ministerie van Veiligheid en Justitie, vws, de vergunninghouders en andere partners in deze ketenzorg. De kinderarts is betrokken bij vele soorten overleg en de verschillende ketenpartners weten ons nu gemakkelijk te vinden, zowel bij de duiding voorafgaand aan de matching, bij de medische evaluatie na aankomst, als regelmatig tijdens de nazorgfase in de jaren na aankomst in Nederland.

De Werkgroep is intensief betrokken geweest bij het ontwikkelen van een adoptiehandreiking voor leerkrachten, huisartsen, jeugdartsen, jeugdhulpverleners en andere professionals.<sup>3</sup> Bij de meeste 'duidingen', dus wanneer een kind op papier wordt aangeboden aan een vergunninghouder,

Figuur 2 Adopties in 2015 met *special needs*.

## Vergunninghouders

Een vergunninghouder is een organisatie die een vergunning heeft van het ministerie van Veiligheid en Justitie om te bemiddelen bij een interlandelijke adoptie. De Stichting Kind en Toekomst (SKET) en Wereldkinderen (WK) zijn de grootste. Stichting Meiling bemiddelt specifiek voor Taiwan en China. De Nederlandse Adoptie Stichting (NAS) en A New Way (ANW) zijn kleinere organisaties. Het aantal vergunninghouders is de afgelopen jaren teruggelopen van zeven naar vijf, mede doordat er minder buitenlandse adopties zijn. Bovendien bemiddelt een deel van deze vergunninghouders momenteel vooral in special needs-kinderen. Bij sommige landen, zoals China, moeten de aspirant-adoptieouders binnen 72 uur beslissen of ze een kind accepteren of niet. In andere landen, zoals Thailand, zoeken de autoriteiten van het land zelf aspirant-adoptieouders uit na overleg met een van bovengenoemde vergunninghouders. In dat geval is voor de aspirant-adoptieouders de tijdsdruk om over een adoptievoorstel te beslissen minder groot. In sommige landen, zoals China en Zuid-Afrika, mogen kinderen ook geadopteerd worden door een alleenstaande ouder (dit is ook van belang als de leeftijd van één van de ouders een bepaalde grens overschrijdt). In andere landen, zoals de vs, mogen paren van gelijk geslacht een kind adopteren.<sup>1</sup>

De kleinere vergunninghouder ANW heeft een bijzondere positie. Deze stichting heeft sinds eind 2011 een vergunning om te bemiddelen bij internationale adopties en is ontstaan uit een groep zogenoemde 'zelfdoeners' die kinderen uit de vs adopteerden. Toen dit 'zelf doen' in de vs niet meer mogelijk was, heeft men ANW opgericht. De kinderen die via ANW naar Nederland komen, zijn in de meeste gevallen jonge zuigelingen van enkele dagen tot weken oud van biologische moeders met middelengebruik tijdens de zwangerschap, psychische of psychiatrische aandoeningen of een belaste ontstaansgeschiedenis (verkrachting, prostitutie). Voor deze kinderen zijn niet altijd ouders beschikbaar in de vs zelf. Bij deze procedures mogen de biologische moeder en (als hij betrokken is) vader zelf de adoptieouders mee uitkiezen (net als in Nederland). Vaak persisteert het contact tussen adoptieouders en de biologische moeder. De medische en psychosociale informatie is zeer uitgebreid en betrouwbaar. Het huidige NVK-protocol voor medische evaluatie (zie de website van de NVK en kader Diagnostiek op [www.praktischepediatrie.nl](http://www.praktischepediatrie.nl)) is op deze groep nauwelijks van toepassing, daar de meeste medische gegevens met het kind meekomen. Eventueel ontbrekende tests dienen te worden gedaan rekening houdend met de leeftijd van het kind en het land van herkomst. Een vergunninghouder is dus een andere organisatie dan een oudervereniging van adoptiekinderen. Er zijn diverse ouderverenigingen, verenigd in de Landelijke Vereniging van Adoptieouders (LAVA) die de belangen van (aspirant-)adoptieouders behartigt.

## Screenend laboratoriumonderzoek

Het screenend laboratoriumonderzoek wordt om een aantal (vaak samenhangende) redenen verricht.

- 1 De kinderen zijn vaak afkomstig uit arme landen en hebben daardoor een verhoogde kans op infecties, deficiënties en groeistoornissen. Niet alle kinderen herstellen spontaan.
- 2 Het betreft meestal kwetsbare kinderen, zoals vondelingen en kinderen uit tehuizen of pleeggezinnen, met een verhoogde kans op ontwikkelingsstoornissen.
- 3 Er zijn vaak medische redenen waarom de ouders afstand van het kind hebben gedaan, zoals chronische ziekte, een erfelijke aandoening, perinatale schade of (verdenking van) een afwijking bij het kind.
- 4 Er is een verhoogde kans op 'niet-westerse' pathologie, die niet of pas laat wordt ontdekt als er niet gericht naar wordt gezocht.
- 5 Het onderzoek kan compenseren voor het ontbreken of onbetrouwbaarheid van de medische voorgeschiedenis.
- 6 Bij geadopteerde kinderen bestaat het risico van besmettelijke ziekten.
- 7 De medische evaluatie dient ook ter geruststelling van de adoptieouders. Adoptie is een zeer langdurige en emotioneel belastende procedure. Veel adoptieouders zijn erg onzeker en het is voor hen vanuit menselijk oogpunt van belang te weten of hun kind gezond is en, zo niet, welke behandeling kan worden ingesteld.

is nu een kinderarts betrokken. Ook vindt de werkgroep het belangrijk dat aspirant-adoptieouders een kinderarts kunnen raadplegen met dit dossier, om voor zichzelf een indruk te krijgen van de zorgintensiteit. Wat houdt het leven van een kind met bijvoorbeeld een aangeboren hartafwijking of hiv in? De werkgroep PHON (Pediatisch HIV overleg Nederland; werkgroep uit de sectie Infectieziekten en Immunologie van de NVK) organiseert voorlichtingsavonden voor aspirant-adoptieouders die overwegen een kind met hiv of hepatitis B te adopteren.

Daarnaast pleit de Werkgroep ervoor dat de medische evaluatie na binnenkomst in Nederland wordt gedaan door kinderartsen met expertise in adoptie, bij voorkeur binnen twee weken na aankomst, en dat deze evaluatie wordt vergoed. Sinds de invoering van het DBC-systeem in 2005 wordt dit niet meer vergoed, daar het om een screening zou gaan, terwijl het tussen 1985 en 2005 wel werd vergoed. De werkgroep vindt dit 'penny wise, pound foolish', want uit onderzoek blijkt dat 75% van de kinderen één of meer aandoeningen heeft die anders pas later aan het licht zullen komen.<sup>4</sup>

Ook pleit de Werkgroep ervoor dat een SN-kind, bijvoorbeeld met een schisis, niet alleen door het schisisteam wordt gezien, maar ook door een kinderarts met adoptie-expertise. Het kind kan zoals beschreven ook andere aandoeningen hebben die men zonder specifieke expertise niet zal waarnemen.

De laatste jaren is de belangrijkste taak van de Werkgroep geweest trends te signaleren (minder en oudere kinderen, SN, recent melamineschandaal in China, MRSA, hepatitis C). Het protocol voor de medische evaluatie is regelmatig aangepast (waarbij er momenteel geen reden meer lijkt te zijn om bij Chinese kinderen te screenen op melaminekristallen in de urine en ook het advies om laagdrempelig een echo van de nieren te maken is vervallen).<sup>5</sup> Ook pleit de Werkgroep ervoor

de medische evaluatie van een buitenlands adoptiekind te concentreren bij een aantal kinderartsen met adoptie-expertise, daar het aantal kinderen enorm is verminderd en de (medische en psychosociale) complexiteit van de kinderen zo enorm is toegenomen. Deze lijst van kinderartsen is beschikbaar voor de vergunninghouders.

## Medische evaluatie

De meest recente richtlijn *Onderzoek bij buitenlandse adoptiekinderen* op de website van de NVK is van 2013. Deze richtlijn is vooral gebaseerd op tien jaar onderzoek, namelijk van 2001 tot 2010.<sup>4</sup> De richtlijn is een leidraad en kan niet zonder meer voor elk adoptiekind worden gebruikt. Voor zuigelingen uit Taiwan (via Meiling) bijvoorbeeld is de NVK-richtlijn te uitgebreid. Taiwan is een land met een hoog niveau van medische zorg en met over het algemeen betrouwbare medische informatie. Ook voor kinderen uit de VS zal het protocol veel te uitgebreid zijn; kinderen afkomstig uit Haïti of Nigeria zullen daarentegen juist zorgvuldiger medisch geëvalueerd moeten worden. Schriftelijke informatie uit die landen over de gezondheidstoestand van het kind blijkt niet altijd volledig betrouwbaar. Daarnaast zit er vaak enige tijd tussen de test in het land van herkomst en de aankomst in Nederland. Door de bank genomen is de kwaliteit van de informatie uit het land van herkomst de afgelopen jaren sterk verbeterd (uitzondering was bijvoorbeeld Congo in 2015). Ook zijn er steeds vaker foto's of filmpjes beschikbaar bij de duiding in Nederland die nuttig kunnen zijn bij het beoordelen van de ontwikkeling.

Redenen om de medische evaluatie te blijven doen zijn het opsporen van infecties, deficiënties en groei- en ontwikkelingsachterstand die uitgebreidere diagnostiek en follow-up vergen.

## Stichting Adoptievoorzieningen

Een nuttige organisatie voor de kinderarts is Stichting Adoptievoorzieningen (SAV), de landelijke organisatie die voorlichting, voorbereiding en nazorg op het gebied van adoptie in samenhang aanbiedt. Voor allerlei vragen over opvoeding, hechting en dergelijke kan de kinderarts heel goed naar hen verwijzen.<sup>1</sup>

Onderzoek in de jaren tachtig liet zien dat 60% van de adoptiekinderen één of meer (vaak goed behandelbare) aandoeningen had. Een aantal aandoeningen werd door aanvullend onderzoek ontdekt (zoals hemoglobinopathieën, tuberculose, hepatitis B en parasitaire darmziekten).<sup>6</sup> Dit werd bevestigd door een prospectief internationaal onderzoek in de jaren negentig waarbij 168 van de 293 adoptiekinderen (57%) minimaal één relevante medische aandoening had. 81% van de diagnoses werd vastgesteld met aanvullend laboratoriumonderzoek (screening op hepatitis B, hiv en lues, tuberculinetest, ontlastingsonderzoek op parasieten en wormen, volledig bloedbeeld inclusief rode celindices, urinesediment en urinekweek op cytomegalovirus) en niet zozeer met anamnese of lichamelijk onderzoek.<sup>7</sup> In onze eigen recente onderzoeken vonden we bij 43 tot 75% van de gescreende kinderen één of meer afwijkingen en een vaak onvolledige vaccinatiegraad.<sup>4,8</sup>

Uit de vs komt literatuur die suggereert dat het zinvol is het loodgehalte in het bloed bij vooral Chinese kinderen te controleren.<sup>9</sup> De Nederlandse Werkgroep onderzoekt momenteel of het zinvol is de bepaling van het loodgehalte aan de medische evaluatie van een Chinees kind toe te voegen. De meeste kinderen met toxische loodspiegels zijn ten tijde van de screening asymptomatisch. Een loodspiegel van > 10 µg/dl (0,48 µmol/l) kan de cognitieve en gedragsontwikkeling van kinderen aantasten. Ook kan het leiden tot gehoorverlies, vooral van de hogere tonen. Daarnaast kunnen anorexie, buikpijn, braken en obstipatie optreden. Het leidt zelden tot anemie.

Begin november 2016 kwam de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) met het advies aan het kabinet om internationale adoptie geheel te stoppen. De adoptiemarkt zou te 'vraaggestuurd' zijn, de vraag van aspirant-adoptieouders zou het afstaan van kinderen door arme ouders in de hand werken. Daarnaast stelt de RSJ dat de continuïteit van opvoeding (het blijven in een omgeving waar het de cultuur, de sociale omgeving en de taal kent) van groot belang is voor een kind. In de media is veel consternatie ontstaan naar aanleiding van dit advies. Naar verwachting komt de staatssecretaris van Veiligheid en

Op 31 januari heeft staatssecretaris Dijkhoff de Tweede Kamer laten weten dat buitenlandse adopties gewoon doorgaan. Alleen middels een (nog) zorgvuldigere procedure en meer bemoeienis van de Centrale autoriteit.

Justitie begin 2017 met een reactie en zal hij deze naar de Tweede Kamer sturen.

### Vervolg casus

*Het adoptiekind werd een week na aankomst in Nederland gezien door de kinderarts. De jongen maakte een gezonde en levendige indruk maar was voor zijn leeftijd erg klein (-2,3 sd). De motorische ontwikkeling was leeftijdsadequaat. Na een moeizame eerste week in China, waarin het kind bij zijn pleegouders werd weggehaald, verloopt de hechting inmiddels goed en de (deels non-verbale) communicatie tussen pleegouders en zoon redelijk. Er werden bij lichamelijk en aanvullend onderzoek geen tekenen van rachitis gevonden. Naast een voor Nederland onvolledige vaccinatiegraad werd bij serologisch onderzoek de chronisch actieve hepatitis B met milde leverenzymstoornissen bevestigd. Voor verder onderzoek en begeleiding van zijn DSD werd de jongen intern verwezen naar het multidisciplinaire DSD-spreekuur. De adoptieouders kregen adviezen voor inhaalvaccinaties en follow-up van de hepatitis B.*

### Referenties

1. [www.adoptie.nl](http://www.adoptie.nl)
2. Dries L van den, Juffer F, IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Child Youth Serv Rev.* 2009;31:410-21.
3. [www.voordejeugd.nl](http://www.voordejeugd.nl)
4. Hoogenboom LA, Weerd CFMM de, Tjon A Ten WE, Mulder JC, Pelleboer RAA. Trends bij oriënterend medisch onderzoek van buitenlandse adoptiekinderen. *Tijdschr Kindergeneeskd.* 2013;81:31-7.
5. [www.nvk.nl](http://www.nvk.nl) (richtlijn *Onderzoek bij buitenlandse adoptiekinderen*)
6. Sorgedrager N. Oriënterend medisch onderzoek en groeistudie van buitenlandse adoptiekinderen (proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen; 1988.
7. Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med.* 1991;325:479-85.
8. Schaik R van, Wolfs TF, Geelen SP. Improved general health of international adoptees, but immunization status still insufficient. *Eur J Pediatr.* 2009;168:1101-6.
9. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. *Pediatrics.* 2000;105:e76.

Er zijn geen relaties met de farmaceutische industrie gemeld.