

Opgroeien

## Beleidsvoorstel 5: Medische zorg voor geadopteerden

Datum: 18/11/2022

Auteur: Werkgroep zorg en begeleiding

Onderwerp: Beleidsvoorstel 5: Medische zorg voor geadopteerden

### Medische zorg voor geadopteerden

#### Inleiding

Waar het aantal binnenlandse adopties jaar na jaar een min of meer stabiel blijft (gemiddeld 26 per jaar) is er een duidelijk dalende trend van interlandelijke adopties. Redenen daarvoor zijn volgens het FOD justitie: toetreding van een toenemend aantal landen tot het Haags adoptieverdrag waardoor meer rekening gehouden wordt met het hoger belang van het kind en het subsidiariteitsprincipe, en de economische ontwikkeling van de herkomstlanden met een zich ontwikkelende middenklasse (1). Op medisch vlak zijn interlandelijk geadopteerde kinderen een kwetsbare populatie omwille van mogelijke infectieziekten, ondervoeding, verwaarlozing, pre-of postnatale blootstelling aan toxische substanties, congenitale afwijkingen, slechte hygiëne en ontbreken van degelijke gezondheidszorg. Ook bij binnenlands geadopteerden mag gezondheid niet als een vanzelfsprekendheid gezien worden: baby's van drugs-nemende ouders, vondelingschuil, zijn steeds onbekende factoren waardoor een degelijke opvolging bij elk kind cruciaal blijft.

Met deze tekst willen wij een wetenschappelijk onderbouwd voorstel doen voor het medisch deelaspect van zorg en begeleiding.

We sommen alle hierin gedane beleidsvoorstellen op in een addendum na de referenties.

#### 1. Evaluatie van het pre-adoptiedossier

Evaluatie van het pre-adoptiedossier is zowel bij binnenlandse als interlandelijke adoptie belangrijk, maar is complexer en misschien nog belangrijker bij interlandelijke adoptie.

De inhoud van het pre-adoptiedossier is wisselend naar gelang het land van herkomst maar bevat meestal een of meerdere medische rapporten, verslagen van de zorginstelling of pleegouders, verslagen van andere betrokkenen, administratieve rapporten. Evaluatie van het pre-adoptiedossier kan toelaten om te anticiperen op gezondheidsproblemen en medische opvolging, ontwikkelings- of gedragsproblemen, organiseren van hulp bij ontwikkelingsachterstand, de schoolkeuze, de familiale planning, plannen van ondersteuning voor de adoptieouders.

Het medisch rapport is meestal een verslag van 1 consultatie, een 'moment opname'. Een aantal relevante gegevens over gedrag en ontwikkeling ontbreken dikwijls in het medisch verslag en zijn te

vinden in een van de andere verslagen; daarom is het belangrijk om het volledig pre-adoptiedossier door te nemen.

Het is bekend dat de pre-adoptiedossiers niet altijd accuraat zijn, soms informatie achterhouden en soms leugenachtige informatie bevatten. Ook de vertaling is niet altijd correct of accuraat (2).

Multidisciplinaire evaluatie (bijvoorbeeld psycholoog, jurist, arts) zou het kritisch lezen te goede komen en een verrijking zijn. Een pre-adoptie medisch verslag is ook niet altijd beschikbaar. Soms krijgen de adoptieouders enkel mondelinge informatie over de gezondheid, soms helemaal niets. Van 482 kinderen die in het Instituut voor Tropische Geneeskunde (Antwerpen) gezien werden tussen januari 2008 en augustus 2016, waren er 227 (47%) bij wie geen enkel pre-adoptie medisch gegeven beschikbaar was (de meeste kinderen kwamen toen uit Ethiopië) (3).

Ontbrekende informatie of nazicht van twijfelachtige gegevens kunnen nagevraagd worden in het land van herkomst. Dat is niet gemakkelijk en daar is een goede vertrouwensrelatie voor nodig, temeer dat lokaal gebrek aan middelen het soms moeilijk kan maken om een vraag te beantwoorden en zelfs het stellen van de vraag als kwetsend wordt ervaren.

Tenslotte is registratie van de kwaliteit van pre-adoptiedossiers en de vergelijking met post-adoptie gegevens en verloop belangrijk om te leren en te verbeteren.

### Beleidsvoorstel

1. *Organiseer een systematische, multidisciplinaire evaluatie van pre-adoptiedossiers.*
2. *Organiseer registratie van de kwaliteit van pre-adoptiedossiers en de vergelijking ervan met post-adoptie gegevens.*
3. *Gebruik de vertrouwensrelatie, die de bestaande structuren met landen van herkomst hebben, om problemen met pre-adoptiedossiers en gegevens uit te klaren.*
4. *Geef bij interlandelijke adoptie al voor adoptie een (tijdelijk) identiteitsdocument en inschrijving in de ziekteverzekering voor het kind opdat de adoptieouders zo nodig anticipatief zorg, ondersteuning, school, e.a. kunnen regelen.*

## **2.Transitie**

Transitie gaat over het interval tussen de eerste ontmoeting met het kind en het instellen van routine thuis, een proces dat tot weken/maanden na de adoptie kan duren. Transitie is zowel voor binnenlandse als voor interlandelijk adoptie van toepassing, maar is waarschijnlijk complexer bij interlandelijke adoptie, omdat er bovendien vaak specifieke reisvoorbereiding nodig.

Behalve medische aspecten is het belangrijk om de adoptieouders voor te bereiden op de overname van het kind en hen te ondersteunen nadien (2). Hoe zacht progressief overstappen van de gewoontes in de opvangvoorziening naar routines in het adoptiegezin? Wat te doen met frequente problemen, zoals slaapproblemen, eetproblemen, afwijzend of zelf-kalmerend of zelfstimulerend gedrag (4)? In de discussies in de werkgroep zorg en begeleiding werd verschillende keren gewezen op het belang van 'sensitive/positive' opvoeding, in het bijzonder om hechtingsstoornis te verminderen. Wat minder benoemd wordt is dat emotionele en gedragsproblemen bij de geadopteerde een negatieve invloed kunnen hebben op de sensitive/positive capaciteit van de ouders (5). Omdat de duur van pre-adoptieve negatieve ervaringen geassocieerd is met meer emotionele en gedragsproblemen wordt het risico groter met een oudere leeftijd bij adoptie. In 2020

waren 44% van de geadopteerde kinderen in Vlaanderen ouder dan 5 jaar (6). Het is belangrijk om voor de adoptieouders pre-adoptie coaching en training te voorzien en ondersteuning in de maanden na adoptie. In de discussie in de werkgroep werd gewezen op een potentieel preventief effect van vroegtijdige professionele hulp. Kwaliteit van ouderschap is belangrijk voor het welzijn van adoptiekinderen (7).

#### Beleidsvoorstel

1. *Zorg voor systematische, professionele pre-adoptie coaching m.b.t. sensitive/positive parenting.*
2. *Zorg, naar analogie met de huisbezoeken van kind en gezin, voor maandelijkse huisbezoeken door een met adoptieproblematiek vertrouwd persoon, bijvoorbeeld gedurende 6 tot 12 maanden of langer indien geacht noodzakelijk.*
3. *Zorg voor een snel toegankelijke professionele zorg voor post-adoptie parenting problemen.*

### **3.Vorbereiding reis bij interlandelijke adoptie**

Meestal gaan adoptieouders de kinderen ophalen in het land van herkomst, en verblijven ze daar gedurende een min of meer lange tijd, soms weken. Landen van herkomst zijn verspreid over verschillende continenten. Gezondheidsrisico's voor de ouders zijn het gevolg van hun leefomstandigheden in het buitenland, infectieziekten (vooral in (sub)tropische landen) en vooraf bestaande gezondheidsproblemen. Specifiek preventieve reizigersadviezen en vaccinaties worden via reisklinieken verstrekt. Het is sterk aanbevolen dat de adoptieouders en iedereen die eventueel met hen meereist een consultatie in een reiskliniek plannen (liefst enkele maanden voor vertrek omdat voor sommige vaccins meerdere dosissen nodig kunnen zijn).

Omdat interlandelijke geadopteerde kinderen immers kunnen besmet zijn met overdraagbare, door vaccins te voorkomen, ziekten (bijvoorbeeld hepatitis A of B, mazelen), is het ook belangrijk om vaccinaties te checken van grootouders, familie en nauwe contacten in het netwerk van het gezin en ze desgevallend bij te werken.

Tijdens hun verblijf in het land van herkomst zullen de adoptieouders zelf moeten zorgen voor het kind. Het is nuttig dat zij een basis verzorging set meenemen met bijvoorbeeld tandenborstel, tandpasta, een thermometer, een koortswerend middel, orale hydratatie oplossing in geval van diarree, luierzalf, pleisters...

#### Beleidsvoorstel

1. *Benadruk het belang van goede voorbereiding van ouders, verwanten en nauwe contacten in verband met reis, verblijf in het land van herkomst en overdraagbare ziekten.*

### **4.Eerste medisch onderzoek (na aankomst)**

De bedoeling van het medisch onderzoek bij adoptie is om zorg te plannen voor al gekende gezondheidsproblemen, nog niet gekende problemen te identificeren en transmissie van overdraagbare ziekten naar ouders, familie en maatschappij te voorkomen (2, 8-13).

Wat binnenlandse adoptie betreft hebben wij geen gedetailleerde gegevens gevonden over omstandigheden van zwangerschap en geboorte. Er zijn wel gegevens over de leeftijd van de

afstandsmoeder, de hoeveelste zwangerschap, het tijdstip van adoptie en de leeftijd van de kinderen. Wij vermoeden dat de meeste binnenlands geadopteerde kinderen in een ziekenhuis geboren werden en/of na de geboorte in een afdeling neonatologie of kindergeneeskunde opgenomen werden en dat zij in de eerste levensmaanden geadopteerd werden. In de krant werd in 2021 bericht dat er sinds het jaar 2000 negentien kinderen in de vondelingenschuif waren achtergelaten (14). Bij deze en vermoedelijk ook bij een aantal in een ziekenhuis geboren kinderen zijn er geen gegevens over de zwangerschap of de biologische ouders bekend. Het is belangrijk dat systematisch een grondig klinisch en laboratoriumonderzoek gebeurt naar de algemene fysieke en neurologische toestand van het kind, aangeboren afwijkingen, genetische ziekten, infectieziekten (inclusief SOA), en aanwijzingen voor abusief gebruik tijdens de zwangerschap (alcohol, drugs, medicijnen). Bij adoptie van kinderen na de neonatale periode moet ook evaluatie van doorgemaakte ziekten, vaccinatiestatus, ontwikkeling en eventuele mishandeling gebeuren.

Alhoewel veel kinderen na onderzoek geen ziekte blijken te hebben is medisch onderzoek na aankomst van interlandelijk geadopteerde kinderen belangrijk omdat er in het algemeen een groter risico is van pathologie. Dat is een risico dat ook toeneemt met de leeftijd van adoptie. Het risico hangt ook af van het land van herkomst en de levensomstandigheden voorafgaand aan de adoptie (2, 15, 16). Daarenboven laat systematisch onderzoek toe om bij een niet onaanzienlijk aantal kinderen niet vooraf gekende ziekten te diagnosticeren, vooral infecties (bij meer dan 50% van de kinderen) maar ook bloedziekten of neurologische ziekten (17-19). Dat is het gevolg van beperkt onderzoek in het land herkomst of verkeerde timing van onderzoek (soms maanden voor adoptie waardoor bijvoorbeeld infecties alsnog kunnen doorbreken en/of opgelopen worden) (20). Ook gebrek aan voorzieningen, middelen of kunde in het land van herkomst kan een rol spelen, evenals slordige dossiers, met of en soms al dan niet opzettelijk verzwegen gegevens. Zoals hoger vermeld zijn er bij sommige kinderen zelfs helemaal geen gedocumenteerde medische gegevens beschikbaar. Er wordt aanbevolen om het eerste onderzoek binnen de 2 à 4 weken na aankomst uit te voeren. Het is ook aan te bevelen dat het onderzoek zou gebeuren door een arts en laboratorium met ervaring in uitheemse pathologie.

Schema's van aanbevolen onderzoeken kunnen in de literatuur gevonden worden (2, 8, 16, 18, 20-24). Geresumeerd gaat het om onderzoeken naar volgende aandoeningen:

- 1) Grondig klinisch onderzoek met speciale aandacht voor mogelijke genetische aandoeningen, aangeboren malformatie of deformatie, syndromale aandoeningen (bijvoorbeeld foetaal alcohol syndroom).
- 2) Ondervoeding, groeistoornis, deficiënte van micronutriënten (bijvoorbeeld ijzer, zink, vitamine D, vitamine A). Een bijzonder probleem bij evaluatie van groei is dat de geboortedatum soms niet exact gekend is. In het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) was dat tussen 2008 en 2016 het geval bij 62.9 % van de kinderen (de meerderheid was afkomstig uit Ethiopië) (3).
- 3) Infectieziekten, zoals darm of huid parasieten, bacteriële en virale ziekten. Bij een aantal van deze ziekten is er risico van transmissie naar ouders, familie en de maatschappij.
- 4) Hemoglobinopathiën (thalassemie, sikkelcelziekte, andere genetische hemoglobine afwijkingen, G6PD deficiëntie).
- 5) Huidziekten.
- 6) Andere dan infectieuze huidproblemen (eczeem, littekens, droge huid).
- 7) Evaluatie van de vaccinatiestatus.

8) Plannen van onderzoek van het zicht bij een oogarts, van het gehoor bij een NKO arts en van de tanden bij een tandarts.

Artikels zijn meestal afkomstig uit centra die zich speciaal toeleggen op onderzoek van interlandelijk geadopteerd kinderen. Een probleem is dat zij dikwijls globale cijfers van hun populaties beschrijven zonder onderscheid te maken tussen verschillende landen. Nochtans is het belangrijk om deze modulatie te maken bij aanvragen van onderzoek. Bijvoorbeeld onderzoek naar sikkelcelziekte is niet nodig bij kinderen uit regio's waar deze hemoglobinopathie niet voorkomt.

In tabel 1 wordt op een overzicht gegeven van de prevalentie in de literatuur van vastgestelde problemen bij onderzoek na aankomst.

Tabel 1

Pathologie	Globale prevalentie bij medisch onderzoek van interlandelijk geadopteerde kinderen in %
Ondervoeding	30-62 %
Deficiëntie van micronutriënten	
- IJzer	15-33.6 %
- Vitamine D	21-73.8 %
- Vitamine A	33 %
Hemoglobinopathie en G6PD deficiëntie	2.6-8.7 %
Infectieziekten (actieve)	
- HIV	3.9 %
- Hepatitis A	5 %
- Hepatitis B	5 %
- Hepatitis C	1 %
- Tuberculose	19 %
- Syfilis	3 %
- Pathogene enterobacteriën	9.3 %
- Malaria	1.9 %
- Parasieten	59.3 %
- Tinea capitis en corporis	29.5 %
- Scabiës	13 %
- Mollusca contagiosa	11.2 %
- Pediculose	3.3 %
- Impetigo	3 %
Helicobacter antistoffen	31 %
Vaccinatie gegevens	
- Ontbrekend	54 %
- Onvolledig	22 %
- Onbetrouwbaar	Tot 70 % van de ontvangen gegevens
Zicht- of oogproblemen	25-31 %
Gehoorproblemen	12 %

Referenties tabel (3, 16, 19, 21-23, 25-39). Interessant is op te merken dat er geen specifieke dentale of orale gezondheidsparameters in de literatuur bekend zijn (40).

Een valkuil bij het eerste medisch onderzoek is dat er bij HIV, hepatitis B en tuberculose een 'vensterperiode' is na infectie: de bloedtesten of huidtest worden pas na weken positief. Bij een kind dat kort voor aankomst besmet werd kunnen de testen bij het eerste onderzoek nog negatief zijn. Daarom wordt aanbevolen om deze testen, indien negatief, te controleren na +/- 6 maanden. Ook kunnen niet alle problemen met een eerste onderzoek gedetecteerd worden. Dat bespreken wij in de volgende sectie.

### Beleidsvoorstel

1. *Maak een sterke aanbeveling voor de noodzaak van een grondig en uitgebreid eerste medisch onderzoek in de 2 tot 4 weken na adoptie of aankomst en een opvolgonderzoek ten laatste na 6 maanden voor infectieziekten zoals HIV, hepatitis B, hepatitis C en tuberculose, waar testen kort na de besmetting, tijdens de incubatie fase, negatief kunnen zijn en na een vensterperiode van 3 tot 6 maanden positief worden.*
2. *Controleer of deze aanbeveling opgevolgd werd en bevraag waarom indien niet.*
3. *Registreer:*
  - a. *Of de onderzoeken gebeurden en welke de reden was indien zij niet gebeurden*
  - b. *De resultaten van het klinisch onderzoek en de aanvullende onderzoeken, gerelateerd aan land en regio van herkomst, aanleiding tot adoptie, levensomstandigheden voor adoptie, leeftijd van adoptie*
  - c. *Welke problemen m.b.t. beschikbare pre-adoptie gegevens vastgesteld werden*

### **5. Medische opvolging na het eerste onderzoek**

Een aantal van de aandoeningen vastgesteld bij eerste onderzoek moeten opgevolgd worden op middellange tot lange termijn en een aantal aandoeningen zullen pas tot uiting komen in de weken, maanden, jaren na adoptie. Een aantal van deze kinderen zullen al voor de adoptie het label 'special needs' gekregen hebben maar eigenlijk is een systematische multidisciplinaire opvolging nuttig/nodig voor alle geadopteerde kinderen.

Een factor die bij medische zorg meespeelt is, voor interlandelijk geadopteerde kinderen, dat de zorg in het land van herkomst niet altijd beantwoordt aan de standaarden van onze zorg. In de literatuur is dat bijvoorbeeld goed gedocumenteerd voor gespleten lip/verhemelte met te laattijdige of technisch onvolmaakte chirurgie en noodzaak tot heringreep (41-43).

Kinderen met aangeboren malformatie of deformatie, genetische of syndromale aandoeningen moeten meestal opgevolgd worden door multidisciplinaire teams gespecialiseerd in de betrokken aandoeningen (hartgebreken, fysieke afwijkingen, gespleten lip, hersenverlamming, enzovoort). Deze teams bestaan meestal uit paramedici, psychologen, maatschappelijke werkers, tandartsen, verpleegkundigen en artsen. Voor bepaalde aandoeningen voorziet het RIZIV een overeenkomst met erkende centra waarmee de kost van de multidisciplinaire werking terugbetaald wordt. Een lijst van aandoeningen waarvoor zulke 'conventies' gelden is te vinden op:

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/revalidatiecentra/Paginas/default>

[.aspx#Centra: indeling\\_per\\_aandoening](#) . Maar niet alle aandoeningen vallen onder een conventie; sommige kosten kunnen dan ten laste van de ouders zijn. Voor een aantal aandoeningen kan invaliditeit of handicap erkend worden en kan onder bepaalde voorwaarden een hogere kinderbijslag toegekend worden. Financiële ondersteuning van kinderen met een handicap wordt regionaal geregeld, in Vlaanderen door het VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap). Het probleem is dat er lange wachtlijsten en wachttijden zijn (44, 45).

Ondervoeding: bij interlandelijk geadopteerde kinderen gaat het meestal om chronische ondervoeding met ondergewicht, groeiachterstand en verminderde immunologische weerstand als gevolg. Meestal is er na adoptie inhaalgroei, een versnelde groei, over een tweetal jaren. Versnelde groei wordt geassocieerd met een risico voor latere obesitas en metabool syndroom (hoge bloeddruk, type-2 diabetes, hypercholesterolemie) (46). Opvolging van groei en preventie van obesitas hoort dus bij medische zorg.

Ook voortijdige puberteit wordt soms in verband gebracht met de snelle groei bij inhaalgroei. Belangrijk voor de langere termijn is ook dat ondervoeding, vooral bij zuigelingen en kleuters tijdens de periode van snelle hersengroei, blijvende gevolgen kan hebben. Microcefalie en verminderde cognitieve capaciteiten worden beschreven (vooral geheugen en aandacht) en des te meer als er ook nog sprake is van verwaarlozing (2).

Malnutritie heeft ook een invloed op de tanden. Tandcariës van de definitieve tanden blijkt geassocieerd met malnutritie (47). Cariës van melktanden wordt ook in verband gebracht met ondervoeding, maar de associatie blijkt minder sterk te zijn (47, 48). Factoren zoals de samenstelling van de voeding (elke bron van suikers, inclusief zetmeel) of voedingsgewoonten (bijvoorbeeld in bed gelegd worden met een zuigfles of aan de borst) kunnen tot cariës (tandbederf, gaatjes in de volksmond) bijdragen. Bij ondervoeding kan de doorbraak (eruptie) van (definitieve) tanden vertraagd worden, wat eventueel problemen kan opleveren bij inschatting van de leeftijd. Vaak wordt enkel de tandontwikkeling als maatstaf gebruikt bij de leeftijdsbepaling (40). Een gecombineerde klinische en radiografische analyse van het gebit verschaft inzicht in de kalenderleeftijd van een persoon. Daarnaast spelen occlusale tandslijtage ook een rol, indien alle definitieve tanden zijn doorgebroken. De eerste definitieve tanden breken door op de leeftijd van 6 jaar, uitzonderingen niet meegenomen (geslacht, etnische achtergrond, individuele verschillen). Tandheelkundige zorg mag niet vergeten worden.

Ernstige vormen van hemoglobinopathieën (sikkel cel anemie, major thalassemie of andere hemoglobine varianten met ernstige anemie) moeten intensief opgevolgd worden in gespecialiseerde centra. Ook de behandeling is intensief, gespecialiseerd en gecompliceerd. Voor ernstige hemoglobinopathieën kan onder bepaalde voorwaarden erkenning van invaliditeit aangevraagd worden, wat verhoogde terugbetaling van medisch-farmaceutische prestaties toelaat en in sommige gevallen verhoging van de kinderbijslag.

Minder ernstige vormen van hemoglobinopathie vertonen zelden complicaties en kunnen 'routinematig' opgevolgd worden met periodiek klinisch onderzoek en bloedonderzoek.

De meeste infectieziekten kunnen op korte termijn na aankomst genezen worden met een adequate behandeling. Bij tuberculose duurt de behandeling klassiek 6 – 9 maanden, mits frequente controles, maar in principe treedt genezing op.

Hepatitis B en C kunnen een chronisch verloop hebben, met soms spontane genezing na maanden tot jaren, soms resulterend in persisterend dragerschap en soms ontstaan van verwikkelingen zoals

levercirrose of kanker. Omdat dat verloop onvoorspelbaar is, zijn frequente controles met o.m. bloedonderzoek nodig. Behandeling wordt, bij kinderen, enkel gestart bij evolutie naar verwickelingen.

HIV kan niet genezen worden, maar gecontroleerd worden met levenslange medicamenteuze behandeling. Voor kinderen en vooral adolescenten (ook voor volwassenen trouwens) is chronische inname van medicijnen en het ondergaan van frequente onderzoeken bijzonder zwaar en vraagt naast medische ook psychologische en sociale begeleiding. Multidisciplinaire HIV raadplegingen worden in, door het RIZIV erkende, centra geboden in het kader van een overeenkomst zodat de kosten beperkt worden.

Voor alle infectieziekten en nog het meest de chronisch verlopende geldt dat overdracht naar de familie of omgeving mogelijk is. Informatie over de mogelijke beschermende maatregelen hoort bij het eerste medisch onderzoek en de medische zorg.

Naast opvolging van problemen vastgesteld bij het eerste medisch onderzoek moet er ook aandacht gaan naar problemen die na adoptie ontstaan of zichtbaar worden: slaapproblemen, te vroeg optredende puberteit, foetaal alcohol syndroom, ontwikkelingsstoornissen.

Slaapproblemen worden beschreven bij interlandelijk geadopteerde kinderen (25-32%) (49, 50). Er zijn geen gegevens over landelijk geadopteerde kinderen. Het gaat vooral om 'disorders of initiating and maintaining sleep', een persisterend probleem om in te slapen en te blijven slapen, of 'restless legs syndrome' – rusteloze benen. Het kan aangewezen zijn om een polysomnografisch slaaponderzoek te laten gebeuren om een juiste diagnose te stellen en correcte behandeling te starten. Slaapstoornissen zijn niet banaal. Slaap is immers een pijler van gezondheid en levenskwaliteit. Slaaptekort heeft een belangrijke invloed op energie en vitaliteit, dagelijkse activiteiten, cognitie of stemming en kan sociale en cognitieve functies aanzienlijk verstoren en kan aanleiding geven tot ernstige gezondheidsproblemen (51, 52).

Zowel bij landelijke als interlandelijke adoptie is er risico van te vroeg optredende puberteit, centrale pubertas praecox (53). Te vroeg optredende puberteit wordt gedefinieerd als beginnende borstontwikkeling voor de leeftijd van 8 jaar bij meisjes en beginnende testiculaire ontwikkeling voor de leeftijd 9 jaar bij de jongens. Met 'centrale pubertas praecox' wordt bedoeld dat de oorzaak een ontregeling is van de hypofysaire-gonadale as van hormonale controle. Het risico van te vroeg optredende puberteit bij geadopteerde kinderen is in het algemeen 10 tot 20 x groter dan bij niet geadopteerde, meer bij meisjes dan bij jongens (54). Een gevolg van centrale pubertas praecox is dat de groeisprint van de kinderen begint bij een (te) kleine lengte en ook eindigt met een te kleine finale lengte. Ook kunnen er psychologische gevolgen zijn, alhoewel daar meer onderzoek naar nodig zou zijn (55). Een oorzaak is niet duidelijk. In een Belgisch onderzoek wordt bij interlandelijk geadopteerde kinderen een toxisch effect van endocriene disruptoren (organochloor pesticiden) uit de omgeving vermoed (56). In een Spaans onderzoek worden eerder psychologische factoren vermoed omdat het probleem zich zowel bij landelijke als interlandelijke adoptie voordoet (53). Een belangrijke kanttekening is dat de geregistreeerde leeftijd bij interlandelijk geadopteerde kinderen soms onjuist is; zij zijn in casu werkelijkheid ouder dan de geregistreeerde leeftijd en hebben dan een normale puberteit op een verkeerde leeftijd (57).



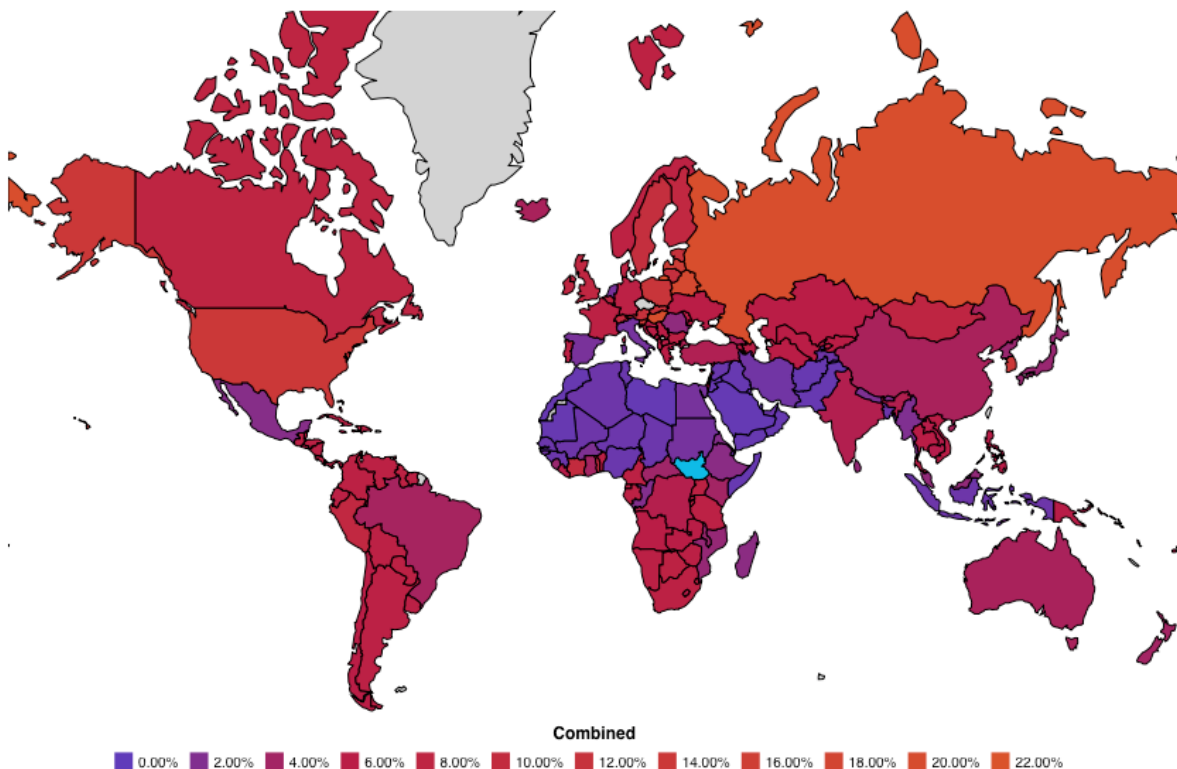
Gezien het duidelijk verhoogd risico moet er in de zorg specifieke aandacht zijn voor te vroeg optredende puberteit. Bij de minste twijfel moet een kinderendocrinoloog geconsulteerd worden.

Er is veel kans dat een foetaal alcohol spectrum stoornis (foetaal alcohol spectrum disorder, FASD) niet herkend wordt bij een eerste medisch onderzoek. Chasnoff et al. beschrijven een populatie kinderen en adolescenten met een diagnose van FASD na multidisciplinair onderzoek van dewelke bij 86.5 % de diagnose gemist was (58). Duidelijk herkenbare fysieke kenmerken van FASD ontbreken vaak bij een eerste onderzoek of worden toegeschreven aan een andere oorzaak (bijvoorbeeld groeistoornis en ondervoeding of emotionele deprivatie) en vooral alcohol gebruik bij de moeder is meestal niet gekend of niet vermeld. In de maanden of jaren na adoptie moet aan FASD gedacht worden bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen of gedragsstoornissen of met mogelijk passende fysieke kenmerken of afwijkingen: gelaatskenmerken, groeiachterstand, microcefalie, hartafwijkingen, skeletafwijkingen, nierafwijkingen, hersenafwijkingen. In de literatuur wordt vermeld dat er een hoge graad van 'suspicie' moet zijn bij kinderen uit Oost-Europese landen (59-61). Figuur 1, met een alcoholisme wereldkaart, toont echter aan dat er in de meeste herkomstlanden, behalve misschien Noord-Afrika, wellicht risico van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan bestaan (62).

Een diagnose van FASD wordt na multidisciplinair onderzoek gesteld.

**Figuur 1**

Alcoholism by Country 2022



Interlandelijk geadopteerde kinderen moeten een nieuwe taal leren na adoptie. De moeilijkheid om de eerste taal te vervangen door de nieuwe taal wordt beïnvloed door verschillende factoren: de leeftijd bij adoptie, de duur van institutionalisatie en de kwaliteit van blootstelling aan taal voor

adoptie (63, 64). Een bijkomende moeilijkheid is dat de hersenen zich op zeer jonge leeftijd afstemmen op natieve spraakklanken om een fonologisch concept te maken, dat in neuronale circuits vastgelegd wordt (65, 66). Bij het aanleren van een nieuwe taal worden deze concepten niet vergeten en vervangen door nieuwe maar gehintbeerd door de hersenen. Het is dan ook niet verbazend dat tot 1 op 4 internationaal geadopteerde kinderen logopedische behandeling nodig heeft of een schooljaar dubbelt (67, 68).

Betere taalvaardigheid blijkt gerelateerd aan nauwkeuriger identificeren van faciale uitdrukking van emoties (69). Zwakke pragmatische communicatie blijkt geassocieerd met gedragsproblemen en problemen met sociale vaardigheden (70).

Adoptieouders kampen met de dubbele noodzaak om zowel een gemeenschappelijke taal als goede hechting te ontwikkelen (63).

Dit alles illustreert het belang van taal- en spraakproblemen voor het welzijn van de geadopteerde kinderen en de adoptieouders. Het is nodig om na adoptie adequate opvolging en zo nodig zorg te voorzien van logopedisten of neurolinguïsten, bijvoorbeeld in het kader van een multidisciplinaire opvolging.

Ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD, autisme spectrum stoornis (ASS) of developmental coördination disorder (DCD) worden meestal niet herkend bij een eerste medisch onderzoek. ADHD komt meer voor bij interlandelijk geadopteerde kinderen en is geassocieerd met deprivatie mogelijk met ijzer deficiëntie tijdens institutionele zorg (71, 72). Een vermoeden van ADHD wordt meestal door de ouders zelf, school of omgeving verwoord. Een formele diagnose wordt na multidisciplinair onderzoek gesteld. Medische tussenkomst kan voor bepaalde specifieke onderzoeken gevraagd worden en voor voorschrift van medicijnen.

ASS werd beschreven na vroegtijdige onderbreking van familie­zorg en zware deprivatie in institutionele zorg (73, 74). Ook hier wordt de diagnose op basis van multidisciplinair onderzoek gesteld en ook de behandeling is multidisciplinair, waarbij strikt medische zorg slechts zijdeling betrokken is.

Andere problemen:

- Bedplassen na de leeftijd van 7 jaar komt mogelijk meer voor bij interlandelijk geadopteerde kinderen (68). Raadplegen van een 'plaskliniek' voor kinderen is dan aan te bevelen.
- Adoptieouders hebben dikwijls het idee dat interlandelijk geadopteerde kinderen een lactose intolerantie hebben en vermijden daarom het toedienen van koemelkproducten. Er zijn echter geen duidelijke wetenschappelijke argumenten om dat aan te nemen. Bij telefonische bevraging meer dan 6 maanden na adoptie bij kinderen uit de adoptieconsultatie van het ITG werd bij 3/65 (5%) kinderen lactose-intolerantie bevestigd met een ademtest; geen enkel kind had hier evenwel bij de bevraging klinisch problemen mee. Bij zeven kinderen werden bij aankomst melkproducten vermeden, maar zij dronken ondertussen zonder problemen koemelk. Bij acht kinderen was het moeilijk te beoordelen of er sprake zou kunnen zijn van lactose-intolerantie: vier kinderen lustten geen melkproducten, in twee gezinnen werd uit gewoonte lactosevrij gegeten, één kind kreeg geen melk omwille van slijmvorming en één omwille van een koemelkeiwitalergie' (68).
- Op langere termijn worden bij geadopteerden meer problemen van de mentale gezondheid en meer gedragsproblemen beschreven (73-76). De duur van vroege negatieve ervaringen heeft langdurige effecten op de hersenfunctie en structuur (77, 78).

### Beleidsvoorstel

1. *Chronische opvolging van ernstige medische problematiek kan in de bestaande gespecialiseerde diensten en structuren gebeuren.*
2. *Organiseer een systematische anticiperende multidisciplinaire zorg met een team minstens bestaand uit een logopedist, een psycholoog en een arts met ervaring in adoptieproblematiek, met een diagnostische en therapeutische opdracht, met 6-maandelijke raadpleging gedurende de eerste 2 jaar, daarna jaarlijks of 2-jaarlijks.*
3. *Zorg voor een draaiboekje voor de geadopteerde en de ouders met informatie over het waarom, hoe en wanneer van de raadplegingen.*
4. *Registreer!*

### **6. Kind met specifieke ondersteuningsbehoeften ('special needs')**

In 2016 werden door Vliegen et al. 5 categorieën van special needs kinderen beschreven, kinderen bij wie op voorhand al duidelijk is dat er extra ondersteuning nodig zal zijn (79).

1. Kinderen ouder dan 6 jaar bij adoptie
2. Kinderen met een medische problematiek
3. Kinderen met een extra belastende achtergrond of met gedragsproblemen
4. Kinderen met ontwikkelingsstoornissen
5. Kinderen die samen met één of meerdere broers of zussen geadopteerd worden

In 2020 hadden, volgens de gegevens van het VCA, 11/23 (48 %) van de interlandelijk geadopteerde kinderen en 1/16 (6 %) van de landelijk geadopteerde kinderen het label special needs (6). Uit cijfers van het agentschap opgroeien blijkt dat de meeste kinderen ressorteren onder een combinatie van verschillende categorieën (80). Laurie Miller rapporteert een of meerdere special needs bij 54 % van adolescenten die als jong kind geadopteerd werden (81). Leerstoornissen waren het meest frequent (40 % van de adolescenten), gevolgd door ADHD (30 %) en medische problemen (21 %). Verder taal/spraakproblemen, vertraagde ontwikkeling, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en FAS.

Wat de categorie medische problematiek betreft is het belangrijk om het label special needs enkel te gebruiken voor kinderen die effectief een specifieke extra ondersteuningsbehoefte hebben. Het gaat om kinderen met aandoeningen of combinaties van aandoeningen die voortgezette, gespecialiseerde zorg nodig hebben, onder meer: chronische virale ziekten, aangeboren afwijkingen of misvormingen, ernstige bloedziekten, epilepsie en andere neurologische problemen zoals mentale retardatie, belangrijke gevolgen van prematuriteit, gevolgen van prenatale blootstelling aan drugs of alcohol, ernstige zicht- of gehoorproblemen. Mineure, gemakkelijk te remediëren problemen vallen niet onder deze noemer.

Zoals hoger beschreven rapporteert Miller een prevalentie van 21 % medische special needs (81). Van 501 kinderen uit de adoptieconsultaties van het ITG en UZA waren er, bij het eerste medisch onderzoek, 38 (7.6 %) met medische special needs. Een onderzoek uit Firenze stelde special needs vast bij 72 (17.1 %) van 422 interlandelijk geadopteerde kinderen; 29.9 % van hun populatie bestond uit Europese kinderen, de meeste uit Rusland; 41.7 % van hun special needs kinderen had FAS (61). Een hoge prevalentie van FAS bij kinderen geadopteerd uit Oost-Europese landen wordt in de

literatuur beschreven (59, 60, 82, 83). Medische special needs blijkt ook een risicofactor te zijn voor ondervoeding en microcefalie (31).

Medische zorg in het geval van medische special needs is in het algemeen dezelfde als beschreven onder hoofding 5 en wordt verder specifiek bepaald door de aard van de medische problematiek. Behalve specifieke zorg voor gespleten lip en/of verhemelte hebben wij in de literatuur geen artikels gevonden m.b.t. een specifieke problematiek.

Veel kinderen met gespleten lip en/of verhemelte zijn afkomstig uit Azië omdat de prevalentie van deze problematiek in de wereld het hoogste is bij de Aziatische populatie. In de artikels wordt er op gewezen dat een gespleten lip meestal al geopereerd is voor adoptie; operatie van een gespleten verhemelte wordt blijkbaar vaak uitgesteld, wat een risico is voor velofaryngeale insufficiëntie (een slechte functie van het week verhemelte dat o.m. belangrijk is bij de spraak); daarenboven blijkt bij een aantal kinderen een heringreep nodig (41-43, 84). Bij schisis zijn heel vaak ook tandheelkundige problemen aanwezig: agenesie van een of meerdere tanden, orthodontische problemen, esthetische problemen (tandmorfologie afwijkingen, tandboog afwijkingen). Dit kan de fonetiek problematiek en de spraakontwikkeling alsook het kauwen van voedsel bemoeilijken (40).

Medische special needs problematiek is meestal bekend voor adoptie. Het is belangrijk om zo veel mogelijk details te krijgen in het pre-adoptiedossier om de problematiek in al zijn aspecten goed in te schatten en te anticiperen op de zorgbehoefte. Bij pertinente vragen zou er idealiter een contact moeten zijn tussen de arts in het land van herkomst en de arts die het pre-adoptiedossier nagaat. Het is niet frequent, maar soms worden kinderen met een ernstige verstandelijke beperking in het kader van special needs aangeboden. Een overweging hierbij is dat Vlaanderen door een gebrek aan middelen momenteel tekortschiet in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het is op dit moment eigenlijk niet verantwoord om

Zoals hoger vermeld komen een special needs problematieken pas later tot uiting.

Bevraging van de adoptieouders van kinderen met special needs door de Vlaamse adoptiediensten leert het volgende (85):

- zij ervaren de noodzaak van psychologische ondersteuning en empowerment voor adoptie, tijdens het verblijf in het buitenland en na thuiskomst (85). Special needs betekent een extra belasting voor het adoptiegezin
- zij wensen een overeenkomst met het ziekenfonds om 1) dubbel adoptieverlof te bekommen (werd al uitgewerkt met het VCA voor 2 recente special needs plaatsingen) en 2) na thuiskomst direct terugbetaling van medicatie voor het kind te bekommen (bijvoorbeeld voor dure medicatie bij HIV)
- zij wensen een regeling voor paramedische en aanvullende therapieën die vaak niet of weinig worden terugbetaald (kinesithérapie, logopedie, e.a.)
- zij ervaren de nood om aan het kind extra psychologische ondersteuning te bieden rond acceptatie van de special needs, gezien dit ook dikwijls de reden is van afstand door de eerste ouders
- zij wensen het oprichten van een oudergroep van adoptieouders van special needs kinderen

Voor de kinderen is een medische special need, zichtbaar of niet, een extra complexiteit bovenop de problemen van het geadopteerd zijn en het etnisch verschil. Ouders melden bij hun kinderen

gevoelens exclusie, vooroordelen en anders zijn (86). Een lichamelijke special needs probleem bemoeilijkt de omgang met leeftijdsgenoten, vooral bij meisjes (87).

Maatschappelijke sensibilisering komt in een andere werkgroep aan bod maar is in special needs situaties extra belangrijk. Aandacht voor adoptieproblematiek in de opleiding van zorgverleners maakt deel uit van sensibiliseren.

Op gebied van hechting is er geen verschil tussen kinderen met een lichamelijke special needs situatie en kinderen zonder special needs.

### Beleidsvoorstel

1. *Het is belangrijk om al voor de adoptie te anticiperen op de organisatie van o.m. opvoeding, zorg, onderwijs.*
  - a. *Voorzie psychologische ondersteuning voor adoptie, tijdens verblijf in het buitenland en na adoptie.*
  - b. *Voorzie, indien er onduidelijkheid is in de pre-adoptiedossiers, een rechtstreeks overleg tussen de arts lokaal ter plaatse en de arts die het pre-adoptiedossier analyseert.*
  - c. *Voorzie een mogelijkheid van inschrijving van het kind in het ziekenfonds voor aankomst in Vlaanderen, onder meer om continuïteit van medische zorg te kunnen verzekeren zonder financiële obstakels.*
2. *In het kader van interlandelijke adoptie is het moeilijk of onmogelijk om alle 3 pijlers van de medisch sociale schaal te beoordelen. Pijler 1 kan meestal wel ingeschat worden. Voorzie dubbel adoptieverlof voor kinderen bij dewelke een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % ingeschat wordt of een aandoening die tot gevolg heeft dat ten minste 4 punten toegekend worden in pijler 1, zonder rekening te houden met pijler 2 en 3.*
3. *Zorg voor een onmiddellijke procedure van toekenning van extra kinderbijslag na aankomst van een kind die daarvoor in aanmerking komt wat, mede door verhoogde terugbetaling van prestaties, financiële steun voor starten of verder zetten van paramedische behandeling waarborgt.*
4. *Zorg voor extra psychologische ondersteuning waar zowel het kind als de adoptieouders nood aan hebben in special needs situaties.*
5. *Stimuleer de oprichting van een oudergroep van kinderen met special needs.*
6. *Registreer!*

### **7.Slotbeschouwingen**

In deze tekst werd een aantal keren gewezen op het multidisciplinair karakter van adoptiezorg, die zowel op het adoptiekind als de adoptieouders betrekking heeft. Een uniek dossier, gedeeld door de verschillende disciplines, kan een hulpmiddel zijn om de zorg te coördineren en efficiënter te maken (en gebruik daarbij de bestaande structuren).

In deze tekst werd ook herhaaldelijk gewezen op het belang van registratie. Registratie laat toe om te leren. O'Dell et al. besluiten uit een literatuuroverzicht van steunmaatregelen m.b.t. interlandelijke adoptie dat verschillende strategieën gebruikt worden maar dat er weinig gevalideerd werden door empirisch bewijs (88). Registratie van problemen, aanpak en uitkomsten kan gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek en kan een hulpmiddel tot empirisch bewijs zijn. Registratie zou ideaal op ruimer dan Vlaams niveau moeten gebeuren.

## Referenties

1. Federale\_Overheidsdienst\_Justitie. Adoptie [cited 2022 Aug 01]. Available from: [https://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/kinderen\\_en\\_jongeren/adoptie](https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/kinderen_en_jongeren/adoptie).
2. Miller LC. The Handbook of International Adoption Medicine. New York: Oxford University Press; 2005. 448 p.
3. Wojciechowski M. Tropisch Instituut Antwerpen, raadpleging interlandelijke adoptie, 2008-2016, personal communication. Personal communication ed2022.
4. Tirella LG, Miller LC. Self-regulation in newly arrived international adoptees. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2011;31(3):301-14.
5. Balenzano C, Musso P, Moro G, Cassibba R. The relationship between preadoptive adversity and intercountry adoptees' adjustment: A mediating or moderating role of adoptive parenting? *Children and Youth Services Review*. 2021;127.
6. Vlaams\_Centrum\_voor\_Adoptie. Vlaams centrum voor adoptie cijfers 2020 [cited 2022 August 1]. Available from: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/kinderwens/adoptie/cijfers-over-adoptie>.
7. Ranieri S, Ferrari L, Danioni FV, Canzi E, Barni P, Rosnati R, et al. Adoptees facing adolescence: What accounts for their psychological well-being? *J Adolesc*. 2021;89:10-7.
8. Jones VF, Schulte EE. Comprehensive Health Evaluation of the Newly Adopted Child. *Pediatrics*. 2019;143(5).
9. Sciauvaud J, Rigal E, Pascal J, Nourrisson C, Poirier P, Poirier V, et al. Transmission of infectious diseases from internationally adopted children to their adoptive families. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20(8):746-51.
10. Sokal EM, Van Collie O, Buts JP. Horizontal transmission of hepatitis B from children to adoptive parents. *Arch Dis Child*. 1995;72(2):191.
11. Su Q, Zhang Y, Ma Y, Zheng X, Han T, Li F, et al. Measles imported to the United States by children adopted from China. *Pediatrics*. 2015;135(4):e1032-7.
12. Tandé D, Boisramé-Gastrin S, Münck MR, Héry-Arnaud G, Gouriou S, Jallot N, et al. Intrafamilial transmission of extended-spectrum-beta-lactamase-producing *Escherichia coli* and *Salmonella enterica* Babelsberg among the families of internationally adopted children. *J Antimicrob Chemother*. 2010;65(5):859-65.
13. Dupont D, Peyron F, Picot S, Wallon M, Bienvenu AL. Dermatophytes and transmission risks to family: a retrospective study of a cohort of 256 adopted children from 1998 to 2012. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(3):426-7.
14. Belga. Baby gevonden in vondelingenschuif, De Wever tijdelijk voogd van 'Finn'. *De Standaard*. 2021 June 18.
15. Buonsenso D, Graffeo R, Scarlato L, Acampora A, Grotti G, Scarlato L, et al. Intestinal Parasitic Infections in Internationally Adopted Children: A 10-Year Retrospective Study. *Pediatr Infect Dis J*. 2019;38(10):983-9.
16. Hénaff F, Hazart I, Picherot G, Baqué F, Gras-Le Guen C, Launay E. Frequency and characteristics of infectious diseases in internationally adopted children: a retrospective study in Nantes from 2010 to 2012. *J Travel Med*. 2015;22(3):179-85.

17. Hostetter MK, Iverson S, Dole K, Johnson D. Unsuspected infectious diseases and other medical diagnoses in the evaluation of internationally adopted children. *Pediatrics*. 1989;83(4):559-64.
18. Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med*. 1991;325(7):479-85.
19. Nielsen AV, Kjaergaard J, Pedersen TM, Helmuth IG, Nygaard U, Nielsen HW, et al. Infectious diseases detected by screening after arrival to Denmark in internationally adopted children. *Acta Paediatr*. 2020;109(5):1004-10.
20. Wojciechowski M, Pelleboer RAA. Onderzoek van buitenlandse adoptiekinderen. In: Van Gompel AML, Sonder GJB, editors. *Reizen en ziekte*. Houten: Bohn - Stafleu - van Loghum; 2010. p. 459-79.
21. Chiappini E, Bortone B, Borgi S, Sollai S, Matucci T, Galli L, et al. Infectious Diseases in Internationally Adopted Children and Intercountry Discrepancies Among Screening Protocols, A Narrative Review. *Front Pediatr*. 2019;7:448.
22. Bechini A, Boccalini S, Alimenti CM, Bonanni P, Galli L, Chiappini E. Immunization Status against Measles, Mumps, Rubella and Varicella in a Large Population of Internationally Adopted Children Referred to Meyer Children's University Hospital from 2009 to 2018. *Vaccines (Basel)*. 2020;8(1).
23. Eckerle JK, Hill LK, Iverson S, Hellerstedt W, Gunnar M, Johnson DE. Vision and hearing deficits and associations with parent-reported behavioral and developmental problems in international adoptees. *Matern Child Health J*. 2014;18(3):575-83.
24. Viviano E, Cataldo F, Accomando S, Firenze A, Valenti RM, Romano N. Immunization status of internationally adopted children in Italy. *Vaccine*. 2006;24(19):4138-43.
25. Abdulla RY, Rice MA, Donauer S, Hicks KR, Poore D, Staat MA. Hepatitis A in internationally adopted children: screening for acute and previous infections. *Pediatrics*. 2010;126(5):e1039-44.
26. Blanchi S, Chabasse D, Pichard E, Darviot E, de Gentile L. Post-international adoption medical follow-up at the Angers university hospital between 2009 and 2012. *Med Mal Infect*. 2014;44(2):69-75.
27. Bortone B, Totaro C, Putignano P, Sollai S, Galli L, de Martino M, et al. Auxo-endocrinological features in a cohort of internationally adopted children in Italy. *World J Pediatr*. 2019;15(3):297-305.
28. Chiappini E, Paba T, Bestetti M, Galli L. Parasitic Infections in Internationally Adopted Children: A Twelve-Year Retrospective Study. *Pathogens*. 2022;11(3).
29. Chiappini E, Vierucci F, Ghetti F, de Martino M, Galli L. Vitamin D Status and Predictors of Hypovitaminosis D in Internationally Adopted Children. *PLoS One*. 2016;11(9):e0158469.
30. Fuglestad AJ, Kroupina MG, Johnson DE, Georgieff MK. Micronutrient status and neurodevelopment in internationally adopted children. *Acta Paediatr*. 2016;105(2):e67-76.
31. Goutines J, Miller LC, Sorge F. Infections and nutritional status of internationally adopted children in France. *Acta Paediatr*. 2021;110(4):1359-65.
32. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. *Clin Infect Dis*. 2005;40(2):286-93.
33. Miller LC, Kelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic prevalence of antibodies to *Helicobacter pylori* in internationally adopted children. *Helicobacter*. 2003;8(3):173-8.
34. Panin F, Venturini E, Oranges T, Filippeschi C, de Martino M, Galli L, et al. Skin diseases in internationally adopted children: A retrospective analysis in a tertiary care hospital in Tuscany, Italy, 2009-2016. *Travel Med Infect Dis*. 2020;37:101679.
35. Raffaldi I, Garazzino S, Ballardini G, Zaffaroni M, Grasso N, Bona G, et al. Vitamin D status in internationally adopted children: the experience in Northwest Italy. *Minerva Pediatr*. 2017.

36. Rigal É, Nourrisson C, Sciauvaud J, Pascal J, Texier C, Corbin V, et al. Skin diseases in internationally adopted children. *Eur J Dermatol*. 2016;26(4):370-2.
37. Stadler LP, Mezoff AG, Staat MA. Hepatitis B virus screening for internationally adopted children. *Pediatrics*. 2008;122(6):1223-8.
38. van Schaik R, Wolfs TF, Geelen SP. Improved general health of international adoptees, but immunization status still insufficient. *Eur J Pediatr*. 2009;168(9):1101-6.
39. Van Kesteren L, Wojciechowski M. International adoption from Ethiopia: An overview of the health status at arrival in Belgium. *Acta Clinica Belgica*. 2017;72(5):300-5.
40. Aps JKM. Doctor of Dental Surgery, personal communication. 2022.
41. Kaye A, Che C, Chew WL, Stueve EA, Jiang S. Cleft Care of Internationally Adopted Children From China. *Cleft Palate Craniofac J*. 2019;56(1):46-55.
42. Schölin JS, Rizell S, Paganini A, Mark H. A national registry-based study of surgery and demography comparing internationally adopted and children born in Sweden with cleft lip and/or palate. *J Plast Surg Hand Surg*. 2022:1-6.
43. Shay PL, Goldstein JA, Wink JD, Paliga JT, Solot CB, Cohen MA, et al. International Adoptees With Cleft Lip and/or Palate: Lessons Learned From a Growing Population. *Ann Plast Surg*. 2016;77(4):377-82.
44. Rogiers F, Caesar A. Leven met en handicap in Vlaanderen: wachten op Godot. *De Standaard Weekblad*. 2022 06/11:10-7.
45. Van Der Vloet T. Vlaams Parlement. Schriftelijke vraag aan Minister Beke: minderjarigen met een beperking - Wachtlijsten. In: Welzijn V, Gezin en Armoedebestrijding, editor. Brussels, Belgium: Vlaams Parlement; 2022.
46. Arisaka O, Ichikawa G, Koyama S, Sairenchi T. Childhood obesity: rapid weight gain in early childhood and subsequent cardiometabolic risk. *Clin Pediatr Endocrinol*. 2020;29(4):135-42.
47. Singh A, Purohit BM. Malnutrition and Its Association with Dental Caries in the Primary and Permanent Dentition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent*. 2020;42(6):418-26.
48. Psoter WJ, Reid BC, Katz RV. Malnutrition and dental caries: a review of the literature. *Caries Res*. 2005;39(6):441-7.
49. Askeland KG, Sivertsen B, Hysing M. Sleep patterns and insomnia among internationally adopted adolescents. *Sleep Health*. 2020;6(5):594-600.
50. Schenkels E, Steinfort N, Wojciechowski M, Verhulst S. Sleep problems in internationally adopted children: a pilot study. *Nat Sci Sleep*. 2018;10:335-6.
51. Khan MS, Aouad R. The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. *Sleep Med Clin*. 2022;17(2):193-203.
52. Mullington JM, Cunningham TJ, Haack M, Yang H. Causes and Consequences of Chronic Sleep Deficiency and the Role of Orexin. *Front Neurol Neurosci*. 2021;45:128-38.
53. Soriano-Guillén L, Corripio R, Labarta JI, Cañete R, Castro-Feijóo L, Espino R, et al. Central precocious puberty in children living in Spain: incidence, prevalence, and influence of adoption and immigration. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(9):4305-13.
54. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebaek NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. *Pediatrics*. 2006;118(2):e391-9.
55. López-Miralles M, Lacomba-Trejo L, Valero-Moreno S, Benavides G, Pérez-Marín M. Psychological aspects of pre-adolescents or adolescents with precocious puberty: A systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2022;64:e61-e8.



56. Krstevska-Konstantinova M, Charlier C, Craen M, Du Caju M, Heinrichs C, de Beaufort C, et al. Sexual precocity after immigration from developing countries to Belgium: evidence of previous exposure to organochlorine pesticides. *Hum Reprod.* 2001;16(5):1020-6.
57. Hayes P. International adoption, "early" puberty, and underrecorded age. *Pediatrics.* 2013;131(6):1029-31.
58. Chasnoff IJ, Wells AM, King L. Misdiagnosis and missed diagnoses in foster and adopted children with prenatal alcohol exposure. *Pediatrics.* 2015;135(2):264-70.
59. Colom J, Segura-García L, Bastons-Compta A, Astals M, Andreu-Fernandez V, Barcons N, et al. Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) among Children Adopted from Eastern European Countries: Russia and Ukraine. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4).
60. Landgren V, Svensson L, Gyllencreutz E, Aring E, Gronlund MA, Landgren M. Fetal alcohol spectrum disorders from childhood to adulthood: a Swedish population-based naturalistic cohort study of adoptees from Eastern Europe. *BMJ Open.* 2019;9(10):e032407.
61. Totaro C, Bortone B, Putignano P, Sollai S, Galli L, de Martino M, et al. Internationally adopted children: not only infectious diseases! *J Travel Med.* 2018;25(1).
62. World\_Population\_Review. Alcoholism by Country. Walnut, CA 91789, 340 S Lemon Ave: World Population Review; 2022 [Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/alcoholism-by-country>].
63. McAndrew B, Malley-Keighran MO. 'She didn't have a word of English; we didn't have a word of Vietnamese': Exploring parent experiences of communication with toddlers who were adopted internationally. *J Commun Disord.* 2017;68:89-102.
64. Rakhlin N, Hein S, Doyle N, Hart L, Macomber D, Ruchkin V, et al. Language development of internationally adopted children: Adverse early experiences outweigh the age of acquisition effect. *J Commun Disord.* 2015;57:66-80.
65. Norrman G, Bylund E, Thierry G. Irreversible Specialization for Speech Perception in Early International Adoptees. *Cereb Cortex.* 2021.
66. Rajagopal A, Holland SK, Walz NC, Staat MA, Altaye M, Wade S. A functional magnetic resonance imaging study of language function in international adoptees. *J Pediatr.* 2013;163(5):1458-64.
67. Glennen S. Oral and Written Language Abilities of School-Age Internationally Adopted Children from Eastern Europe. *J Commun Disord.* 2021;93:106127.
68. Willemsen M. Medische problemen en lengtegroei bij buitenlandse adoptiekinderen in Vlaanderen en in de eerste jaren na de adoptie. Brussels Vrije Universiteit Brussel 2015.
69. Hwa-Froelich DA, Matsuo H, Becker JC. Emotion identification from facial expressions in children adopted internationally. *Am J Speech Lang Pathol.* 2014;23(4):641-54.
70. Petranovich CL, Walz NC, Staat MA, Chiu CP, Wade SL. Structural language, pragmatic communication, behavior, and social competence in children adopted internationally: A pilot study. *Appl Neuropsychol Child.* 2017;6(4):315-26.
71. de Maat DA, Knuiman S, Rijk C, Hoksbergen RAC, van Baar AL. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms in Children Adopted from Poland and their Atypical Association Patterns: a Bayesian Approach. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46(3):477-90.
72. Doom JR, Georgieff MK, Gunnar MR. Institutional care and iron deficiency increase ADHD symptomology and lower IQ 2.5-5 years post-adoption. *Dev Sci.* 2015;18(3):484-94.
73. Green J, Leadbitter K, Kay C, Sharma K. Autism Spectrum Disorder in Children Adopted After Early Care Breakdown. *J Autism Dev Disord.* 2016;46(4):1392-402.

74. Sonuga-Barke E, Kennedy M, Golm D, Knights N, Kovshoff H, Kreppner J, et al. Adoptees' responses to separation from, and reunion with, their adoptive parent at age 4 years is associated with long-term persistence of autism symptoms following early severe institutional deprivation. *Dev Psychopathol.* 2020;32(2):631-40.
75. Askeland KG, Hysing M, La Greca AM, Aarø LE, Tell GS, Sivertsen B. Mental Health in Internationally Adopted Adolescents: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56(3):203-13.e1.
76. Askeland KG, Sivertsen B, Skogen JC, La Greca AM, Tell GS, Aarø LE, et al. Alcohol and drug use among internationally adopted adolescents: Results from a Norwegian population-based study. *Am J Orthopsychiatry.* 2018;88(2):226-35.
77. Bick J, Lipschutz R, Tabachnick A, Biekman B, Katz D, Simons R, et al. Timing of adoption is associated with electrophysiological brain activity and externalizing problems among children adopted internationally. *Dev Psychobiol.* 2022;64(4):e22249.
78. Herzberg MP, Hodel AS, Cowell RA, Hunt RH, Gunnar MR, Thomas KM. Risk taking, decision-making, and brain volume in youth adopted internationally from institutional care. *Neuropsychologia.* 2018;119:262-70.
79. Vliegen N, Tang E, Hesemans S, Desmet A. Internationale adoptie van een kind met specifieke ondersteuningsbehoeften: naar een onderbouwde en gedeelde definitie van 'special needs'-adoptie. *Tijdschrift Klinische Psychologie.* 2016;46(1):41-52.
80. Agentschap\_Opgroeien. Adoptie 2022 [cited 2022 August 17]. Available from: <https://www.opgroeien.be/cijfers-en-publicaties/adoptie>.
81. Miller LC, Canzi E, Ranieri S, Ferrari L, Roman M, Caceres I, et al. Special needs of internationally adopted adolescents in 4 European receiving countries: Relation to mothers' adoption satisfaction. *Children and Youth Services Review.* 2022;137.
82. Maya-Enero S, Ramis-Fernández SM, Astals-Vizcaino M, García-Algar Ó. Neurocognitive and behavioral profile of fetal alcohol spectrum disorder. *An Pediatr (Engl Ed).* 2021;95(3):208.e1-.e9.
83. Popova S, Lange S, Shield K, Burd L, Rehm J. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2019;114(7):1150-72.
84. Wouters H. Een onmogelijk, onbetaalbaar, onvervangbaar systeem. *De Standaard.* 2022 June 17.
85. Paeshuyse A. Adoptiedienst Het Kleine Mirakel, personal communication. Personal communication ed2022.
86. Miller LC, Pinderhughes E, de Montclos MOP, Matthews J, Chomilier J, Peyre J, et al. Feelings and perceptions of French parents of internationally adopted children with special needs (SN): Navigating the triple stigma of foreignness, adoption, and disability. *Children and Youth Services Review.* 2021;120.
87. Fikse M. Probleemgedrag van adoptiekinderen met en zonder special needs uit Taiwan en China [Master Thesis]: Universiteit Leiden; 2013.
88. O'Dell KE, McCall RB, Groark CJ. Supporting families throughout the international special needs adoption process. *Children and Youth Services Review.* 2015;59:161-70.

## **Addendum: opsomming beleidsvoorstellen**

### Evaluatie van het pre-adoptiedossier

1. *Organiseer een systematische, multidisciplinaire evaluatie van pre-adoptiedossiers.*
2. *Organiseer registratie van de kwaliteit van pre-adoptiedossiers en de vergelijking ervan met post-adoptie gegevens.*
3. *Gebruik de vertrouwensrelatie, die de bestaande structuren met landen van herkomst hebben, om problemen met pre-adoptiedossiers en gegevens uit te klaren.*
4. *Geef bij interlandelijke adoptie al voor adoptie een (tijdelijk) identiteitsdocument en inschrijving in de ziekteverzekering voor het kind opdat de adoptieouders zo nodig anticipatief zorg, ondersteuning, school, e.a. kunnen regelen.*

### Transitie

1. *Zorg voor systematische, professionele pre-adoptie coaching m.b.t. sensitive/positive parenting.*
2. *Zorg, naar analogie met de huisbezoeken van kind en gezin, voor maandelijkse huisbezoeken door een met adoptieproblematiek vertrouwd persoon, bijvoorbeeld gedurende 6 tot 12 maanden of langer indien geacht noodzakelijk.*
3. *Zorg voor een snel toegankelijke professionele zorg voor post-adoptie parenting problemen.*

### Vorbereiding reis bij interlandelijke adoptielandelijke adoptie

1. *Benadruk het belang van goede voorbereiding van ouders, verwanten en nauwe contacten in verband met reis, verblijf in het land van herkomst en overdraagbare ziekten.*

### Eerste medisch onderzoek

1. *Maak een sterke aanbeveling voor de noodzaak van een grondig en uitgebreid eerste medisch onderzoek in de 2 tot 4 weken na adoptie of aankomst en een opvolgonderzoek ten laatste na 6 maanden voor infectieziekten zoals HIV, hepatitis B, hepatitis C en tuberculose, waar testen kort na de besmetting, tijdens de incubatie fase, negatief kunnen zijn en na een vensterperiode van 3 tot 6 maanden positief worden.*
2. *Controleer of deze aanbeveling opgevolgd werd en bevrage waarom indien niet.*
3. *Registreer:*
  - a. *Of de onderzoeken gebeurden en welke de reden was indien zij niet gebeurden*
  - b. *De resultaten van het klinisch onderzoek en de aanvullende onderzoeken, gerelateerd aan land en regio van herkomst, aanleiding tot adoptie, levensomstandigheden voor adoptie, leeftijd van adoptie*
  - c. *Welke problemen m.b.t. beschikbare pre-adoptie gegevens vastgesteld werden*

### Medische opvolging na eerste onderzoek

1. *Chronische opvolging van ernstige medische problematiek kan in de bestaande gespecialiseerde diensten en structuren gebeuren.*

2. *Organiseer een systematische anticiperende multidisciplinaire zorg met een team minstens bestaand uit een logopedist, een psycholoog en een arts met ervaring in adoptieproblematiek, met een diagnostische en therapeutische opdracht, met 6-maandelijkse raadpleging gedurende de eerste 2 jaar, daarna jaarlijks of 2-jaarlijks.*
3. *Zorg voor een draaiboekje voor de geadopteerde en de ouders met informatie over het waarom, hoe en wanneer van de raadplegingen.*
4. *Registreer!*

### Special needs

1. *Het is belangrijk om al voor de adoptie te anticiperen op de organisatie van o.m. opvoeding, zorg, onderwijs.*
  - a. *Voorzie psychologische ondersteuning voor adoptie, tijdens verblijf in het buitenland en na adoptie*
  - b. *Voorzie, indien er onduidelijkheid is in de pre-adoptiedossiers, een rechtstreeks overleg tussen de arts lokaal ter plaatse en de arts die het pre-adoptiedossier analyseert*
  - c. *Voorzie een mogelijkheid van inschrijving van het kind in het ziekenfonds voor aankomst in Vlaanderen, onder meer om continuïteit van medische zorg te kunnen verzekeren zonder financiële obstakels*
2. *In het kader van interlandelijke adoptie is het moeilijk of onmogelijk om alle 3 pijlers van de medisch sociale schaal te beoordelen. Pijler 1 kan meestal wel ingeschat worden. Voorzie dubbel adoptieverlof voor kinderen bij dewelke een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % ingeschat wordt of een aandoening die tot gevolg heeft dat ten minste 4 punten toegekend worden in pijler 1, zonder rekening te houden met pijler 2 en 3.*
3. *Zorg voor een onmiddellijke procedure van toekenning van extra kinderbijslag na aankomst van een kind die daarvoor in aanmerking komt wat, mede door verhoogde terugbetaling van prestaties, financiële steun voor starten of verder zetten van paramedische behandeling waarborgt.*
4. *Zorg voor extra psychologische ondersteuning waar zowel het kind als de adoptieouders nood aan hebben in special needs situaties.*
5. *Stimuleer de oprichting van een oudergroep van kinderen met special needs.*
6. *Registreer!*