

Het adopteren van een kind met een beperking vraagt speciale ondersteuning.



Afstudeerartikel voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede

Ellen van Wilpen-van Dijk

*Je hebt een heel dorp nodig
om een kind op te voeden
(Afrikaans gezegde)*

Het adopteren van een kind met een beperking vraagt speciale ondersteuning.

Inleiding

Je hebt een heel dorp nodig om een kind op te voeden. Inderdaad, geen enkele ouder speelt het in zijn eentje klaar. Er komt heel wat kijken bij de opvoeding van een kind. Sommige kinderen vragen nog iets extra's van ouders. Vaak zijn dit kinderen met een beperking, een doelgroep waar ik me als consulent bij de stichting MEE, een onafhankelijke organisatie voor mensen met een beperking, met veel liefde en plezier voor inzet. Mijn bijzondere aandacht heeft een bijzondere groep kinderen, namelijk kinderen die geadopteerd zijn. Ook zij vragen iets extra's van hun ouders.

Adoptie is in Nederland een bekend verschijnsel maar bij het lezen over dit onderwerp in de media, ontdekte ik dat adoptie steeds minder vanzelfsprekend is. Toen bij MEE Midden-Holland, de organisatie waar ik werk, en welke valt onder de MEE Plus Groep, steeds vaker vragen van ouders binnenkwamen om ondersteuning in de situatie met hun geadopteerde kind dat ook een beperking had, had ik nog het idee dat dit niet alle geadopteerde kinderen betrof. Nu ik me verder in dit onderwerp heb verdiept, heb ik ontdekt dat er vrijwel geen 'gezonde' kinderen meer door Nederlandse ouders geadopteerd kunnen worden. Vrijwel alle kinderen die ter adoptie worden aangeboden hebben te maken met een beperking, in adoptieland ook wel 'special need' genoemd. In dit artikel houd ik de term: 'kinderen met een beperking' aan. Er worden in Nederland verschillende definities aan gehouden voor deze kinderen. Ik ga uit van de definitie zoals die oorspronkelijk bedoeld werd toen de term kwam overwaaien uit de Verenigde Staten, namelijk: 'kinderen die extra zorg nodig hebben vanwege een fysiek probleem en/of een forse ontwikkelingsachterstand. Deze kinderen zouden ook in aanmerking kunnen komen voor ondersteuning door MEE.

De ontdekking dat er vrijwel geen 'gezonde' kinderen meer door Nederlandse ouders geadopteerd kunnen worden intrigeerde mij, en er ontstond bij mij de vraag: hoe kunnen deze ouders ondersteunt worden en welke ondersteuningsbehoefte leeft er bij ouders die bewust kiezen voor adoptie van een kind met een beperking. Met dit artikel, dat ik schrijft ter afronding van mijn opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede, hoop ik meer bekendheid te geven aan dit onderwerp. Meer bekendheid binnen MEE Midden-Holland, de organisatie waar ik werk, maar ook binnen MEE Nederland (hier vallen alle MEE-organisaties onder) en andere hulpverlenende organisaties, waaronder zorgaanbieders die hulp verlenen aan gezinnen met een kind met een beperking.

In dit artikel wil ik eerst ingaan op adoptie in Nederland, de keus die ouders maken voor adoptie en vervolgens speciaal de keus voor een kind met een beperking. Daarna geef ik aan wat er komt kijken

bij het adopteren van een kind met een beperking, en vervolgens ga ik in op de ondersteuning welke aan ouders geboden wordt en hoe dit verder ingevuld kan worden, waarbij ik de vraag stel wat de rol van MEE in de ondersteuning aan deze ouders zou kunnen zijn. Ik sluit het artikel af met een conclusie en aanbevelingen.

Ik heb dit artikel kunnen schrijven dankzij de gesprekken die ik heb gehad met ervaringsdeskundigen: ouders die zelf een kind met een beperking hebben geadopteerd, of nog bezig zijn met dit proces. Ook heb ik gesproken met medewerkers van Atrium, een netwerk dat bestaat uit hulpverleners en praktijkdeskundigen die zich toeleggen op de problematiek rond adoptie- en pleegkinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking en hechtingsproblematiek, het Adoptie Driehoek Onderzoekscentrum (ADOC) van de Universiteit Leiden, de Stichting Adoptie Voorzieningen (SAV), de Raad voor de Kinderbescherming, Wereldkinderen en Horizon Jeugdzorg. Daarnaast heb ik me verdiept in de literatuur en artikels over dit onderwerp.

In Nederland heb je niet een heel dorp dat je helpt bij de opvoeding van je kinderen. Wel een uitgebreid land vol betrokken hulpverleners die ouders graag helpen bij de opvoeding van hun kind. Daarom nu een zoektocht naar hoe dit Afrikaanse gezegde zijn uitwerking kan hebben in het vaak zo individualistische Nederland.

Adoptie in Nederland

In Nederland zijn we al tientallen jaren bekend met adoptie. Sinds 1956 is er in Nederland de mogelijkheid om kinderen officieel te adopteren. Nederland kreeg toen de Adoptiewet. Hierin werd geregeld dat een kind juridisch gezien volledig kind kon worden van de adoptieouders.¹ Sinds 1974 werd het officieel ook mogelijk om buitenlandse kinderen te adopteren. Sinds de jaren '90 van de vorige eeuw werden er vrijwel geen Nederlandse kinderen meer geadopteerd maar vrijwel alleen nog buitenlandse kinderen. De meeste ouders kiezen voor adoptie omdat zij kinderloos zijn, maar steeds vaker is de keus van adoptieouders ook idealistisch gedreven, en kiezen zij ervoor te investeren in een kind dat in het eigen land geen kans heeft om in een liefdevol gezin op te groeien.

De meeste mensen kennen in hun omgeving wel iemand die geadopteerd is of ouders die een kind geadopteerd hebben. Lange tijd was er vooral aandacht voor de mogelijkheid die adoptie bood aan met name kinderloze echtparen om toch een gezin te kunnen starten. Tegenwoordig wordt steeds vaker genoemd dat adoptie vanuit het buitenland naar Nederland alleen nog als laatste redmiddel mag. De belangen van het kind moeten voorop komen te staan. Daarvoor moeten eerst de mogelijkheden van opvang in het eigen gezin, de eigen familie, adoptie in het eigen land of pleegzorg in het eigen land worden onderzocht. Dit uitgangspunt is ook terug te vinden in het Haags Adoptieverdrag en in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind.² Natuurlijk is de kinderwens van Nederlandse ouders een reden om te kiezen voor adoptie, maar adoptie is er in de eerste plaats voor het kind. Dit is een standpunt wat je steeds vaker zult horen.³

¹ Justitiële verkenningen, jrg 34, nr 7, 2008

² Verdrag inzake de bescherming van kinderen en de samenwerking op het gebied van interlandelijke adoptie, 29 mei 1993 en artikel 21 IVRK, 2 september 1990

³ JV, jrg 34, nr 7, 2008, 'Voorwoord'

Wat is in het belang van het kind? Door onderzoek is duidelijk geworden dat adoptie en pleegzorg betere voorwaarden scheppen voor een kind dan langdurig verblijf in een tehuis. Opvang in een gezin blijkt dus in het belang van het kind te zijn.⁴ Wel is het zo dat het overplaatsen van een kind naar een familie, cultuur en ras, dat hen vreemd is, vaak niet zonder problemen gaat. Sinds 1980 verschenen de eerste studies over gedragsproblemen bij geadopteerde kinderen. Ook werd er vanaf die tijd gesproken over 'kinderhandel' bij adoptie en de vraag naar adoptiekinderen begon mede daardoor te dalen. Maar sinds 1990 begon de vraag weer te stijgen. Economisch ging het beter in Nederland. De huidige situatie is dat de vraag naar adoptiekinderen onverminderd hoog blijft. Tegelijkertijd neemt het aanbod van kinderen internationaal af.

In 2008 stonden er zo'n 4000 aanvragers voor adoptiekinderen op de wachtlijst. Die wachtlijst kan oplopen naar tien jaar. Steeds meer landen sluiten hun grenzen voor adoptie, vaak wordt alleen voor bepaalde categorieën kinderen een uitzondering gemaakt, zoals voor tweelingen en oudere, zieke of gehandicapte kinderen. Nederlandse adoptieorganisaties houden er rekening mee dat over pakweg tien jaar vrijwel alleen nog deze kinderen, ook wel 'special needs' kinderen genoemd, beschikbaar zullen zijn voor adoptie.⁵

Kiezen voor adoptie

Ouders die kiezen voor adoptie zijn over het algemeen hoog opgeleid en hebben een bovenmodaal inkomen. Doordat de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw een eerste kind krijgt stijgt, zijn partners steeds vaker onvrijwillig kinderloos. In ongeveer 95% van de adoptievragen gaat het om partners die onvrijwillig kinderloos zijn. Zij hebben het verlangen om een gezin te starten, voor kinderen te zorgen en hen op te voeden.

Een kind adopteren is een bijzonder en intensief proces. Door de SAV is een verplichte voorbereidingscursus van zes bijeenkomsten opgesteld. Daarnaast krijgen ouders te maken met een gezinsonderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming. Als ouders dan een beginseltoestemming hebben, kunnen zij zich bij een vergunninghouder aanmelden om in aanmerking te komen voor een adoptiekind.

Bij alle adoptiekinderen geldt dat het belangrijk is voor ouders om te beseffen dat de mate van deprivatie die het kind heeft meegemaakt voordat het geadopteerd werd (dat kan bijvoorbeeld ondervoeding, verwaarlozing, scheiding of mishandeling zijn), meespeelt in hoe het later met het kind gaat. Uit onderzoek is gebleken dat adoptiekinderen meer emotionele en gedragsproblemen, zoals teruggetrokken of agressief gedrag, laten zien in de thuissituatie dan hun leeftijdsgenootjes.⁶ De vergelijking van adoptiekinderen met leeftijdsgenootjes is niet helemaal eerlijk, omdat de meeste adoptiekinderen een moeilijke start hadden. Opvallend is dat veel adoptiekinderen een

⁴ Rapport Interlandelijke Adoptie, commissie lesbisch ouderschap en interlandelijke adoptie, 29 mei 2008

⁵ JV, jrg 34, nr 7, 2008, 'Voorwoord'

⁶ Stams, Juffer e.a., 2000

indrukwekkende inhaalslag maken in hun ontwikkeling als je dat vergelijkt met de situatie waaruit zij afkomstig zijn.⁷

Er zijn veel kinderen in de wereld die opgroeien in armoede, met onvoldoende zorg van volwassenen en zonder uitzicht op verbetering. De Verenigde Naties schatten dat er in 2010 106 miljoen kinderen zijn die één of beide ouders verloren hebben, waaronder 25 miljoen wezen als gevolg van HIV/AIDS. Veel van deze kinderen verblijven gedurende langere tijd in een tehuis, terwijl onderzoek heeft uitgewezen dat opgroeien in een tehuis doorgaans schadelijk is voor de ontwikkeling van een kind.⁸ Elke drie tot vier maanden in een kindertehuis betekent voor jonge kinderen één maand groeiachterstand. De gemiddelde intelligentie blijft bij deze kinderen significant achter bij dat van kinderen die opgroeien in een gezin. Het Haags Adoptieverdrag en het IVRK hebben dan ook als uitgangspunt dat kinderen bij voorkeur in gezinsverband moeten kunnen opgroeien. Daarom willen niet alle landen een kind met een meervoudige handicap afstaan, omdat zij denken dat het kind in Nederland niet in een gezin kan opgroeien maar in een instelling zou moeten verblijven.

Adoptiekinderen starten bijna altijd met een ontwikkelingsachterstand. Vaak weten deze kinderen die achterstand goed in te halen. Ouders die een kind adopteren kunnen hulp vragen bij leer-emotionele- of gedragsproblemen van hun kind. Korte programma's die gericht zijn op het verbeteren van het gedrag van de gezinsleden, waarbij gebruik wordt gemaakt van videofeedback, blijken heel effectief en bruikbaar te zijn.⁹ De gezinsleden filmen dan zelf situaties binnen het gezin en kijken vervolgens samen naar het gefilmde materiaal. Zo worden zij zich bewust van hoe ze op elkaar reageren. Naast programma's waarbij gebruik wordt gemaakt van videofeedback zijn er ook andere effectieve programma's welke worden aangeboden, denk bijvoorbeeld aan Sherborne (een bewegingspedagogiek gericht op het stimuleren van de ontwikkelingsmogelijkheden van een kind of volwassene door middel van beweging).

Meestal blijven er bij adoptiekinderen wel kleine achterstanden en aandachtspunten. Daarom is het zo belangrijk dat er goede nazorg is, en moeten de hulpverleners goed op de hoogte zijn van de achtergronden en de mogelijkheden tot herstel van adoptiekinderen. Veilig gehechte adoptiekinderen en kinderen met sensitieve adoptieouders ontwikkelen zich beter op sociaal en/of cognitief gebied.¹⁰ Het is dus belangrijk om in de vroege kinderjaren het adoptiegezin te ondersteunen om een veilige relatie met het kind en een sensitieve opvoeding te bevorderen.

Kiezen voor een kind met een beperking

Een relatief groot deel van de kinderen die worden afgestaan ter adoptie, betreft kinderen met een medisch probleem. In de inleiding heb ik aangegeven dat in adoptiekringen deze kinderen kinderen met 'special needs' of SN('special need')-kinderen worden genoemd. In dit artikel houd ik 'kinderen met een beperking aan', deze kinderen vallen ook onder de doelgroep van MEE. Sinds adoptie in Nederland via vergunninghouders is geregeld, wordt aan aspirant-adoptieouders de vraag gesteld of

⁷ Van IJzendoorn en Juffer, 2006

⁸ Rapport Interlandelijke Adoptie, commissie lesbisch ouderschap en interlandelijke adoptie, 29 mei 2008

⁹ Juffer, Bakermans-Kranenburg e.a., 2005

¹⁰ Jaffari-Bimmel, Juffer e.a., 2006, Stams, Juffer e.a., 2002

zij open staan voor het adopteren van een kind met een beperking. Omdat het aanbod van gezonde kinderen flink afneemt, wordt deze optie inmiddels door steeds meer ouders overwogen.

Ik wil allereerst iets zeggen over de redenen die er kunnen zijn voor biologische ouders om hun kind af te staan. Vaak voelen deze ouders zich gedwongen om hun kind af te staan. Een kind met een beperking wordt in sommige culturen gezien als vervloekt en daarom niet in de gemeenschap geaccepteerd. Daarnaast bestaan in veel landen geen of voor de meeste mensen onbetaalbare verzekeringen, waardoor medische zorg voor een groot deel van de bevolking onbereikbaar is. Een kind met een beperking kan mogelijk de ouders niet meehelpen op het land of in huis, waardoor het kind als minder inzetbaar wordt gezien. Ook wordt het kind als 'onaantrekkelijk' gezien door de ouders of hun omgeving en wordt het uit schaamte afgestaan ter adoptie. De ouders kunnen om deze redenen tot de conclusie komen dat zij het kind niet zelf kunnen of willen grootbrengen. Het is moeilijk om voor deze kinderen een adoptiegezin in het eigen land te vinden. Daarom worden deze kinderen aan ouders in andere landen voorgesteld, zo ook aan ouders in Nederland.

Niet alle kinderen met een beperking mogen geadopteerd worden. Er verblijven soms kinderen in tehuizen die zo ernstig gehandicapt zijn, dat ze ook in Nederland in een zorginstelling zouden moeten verblijven. Dit is een contra-indicatie voor adoptie naar Nederland.¹¹ Het komt ook voor dat kinderen niet in aanmerking komen voor adoptie omdat de buitenlandse contactpersonen, of de stafleden van de kindertehuizen, het kind niet gezond genoeg vinden voor adoptie, terwijl het kind wel baat zou hebben bij adoptie.

Het adoptieproces is een emotioneel proces voor ouders. Vaak hebben zij al het gemis van eigen biologische kinderen te verwerken. Aan de keus voor een adoptiekind gaat vaak een intensieve periode van nadenken en overwegen voor ouders vooraf. Voor veel ouders zal de vraag of zij open staan voor een kind met een beperking, een extra emotionele belasting zijn. Het verlangen naar een kind en de lange wachtlijsten voor een gezond kind, zullen meer ouders doen overwegen of zij in staat zijn een kind met een beperking te adopteren.

Om welke medische problemen kan het gaan bij kinderen met een beperking? De vereniging Wereldkinderen, één van de Nederlandse vergunninghouders, gebruikt een lijst van het Inter-country Adoption Centre, voor een indicatie van medische problemen welke het kind kan hebben¹². Ouders kunnen uit deze lijst een keuze maken voor welke medische problemen zij wel of niet open staan. De SAV maakt een splitsing in operabel medisch probleem, niet-operabel medisch probleem en verhoogd medisch risico.¹³ Bij dit laatste kun je bijvoorbeeld denken aan ondervoeding van het kind in de eerste levensjaren of een alcoholverslaving van de moeder tijdens de zwangerschap. Tenslotte onderscheidt de SAV ook nog kinderen met een medisch verleden. Deze kinderen hebben inmiddels in het land van herkomst de nodige medische zorg gehad en zijn inmiddels genezen.

Ik denk dat de keus voor een adoptiekind en daarbij de hoop op een gezond kind, niet te vergelijken is met de hoop van ouders die in afwachting zijn van een biologisch eigen kind op een gezond kind. Bij biologische ouders is er geen keuze uit een lijst van medische aandoeningen. De adoptieouders

¹¹ Wet opneming buitenlandse kinderen ter adoptie (Wobka) artikel 8

¹² Zie bijlage I

¹³ Brochure SAV, 'Adoptie en special needs', maart 2008

hebben die keuze wel maar zij beseffen dat een kind met een medische aandoening mogelijk de enige optie is. De leeftijdsgrens voor ouders om een kind te adopteren is namelijk vastgesteld op 42 jaar.¹⁴ De tijdsdruk welke door deze leeftijdsgrens ontstaat, kan meespelen in de keus van ouders voor een kind met een beperking, omdat deze kinderen sneller voorgesteld kunnen worden.

Adoptieouders hebben verschillende redenen om te kiezen voor een kind met een beperking. De meest genoemde motieven welke door de ouders die ik heb gesproken en door ouders die bekend zijn bij de SAV genoemd worden zijn de volgende vier¹⁵:

1. Vertrouwd zijn met een beperking wat veel onduidelijkheid en onzekerheid wegneemt. Ouders hebben bijvoorbeeld zelf een lichamelijke beperking of hebben al een kind met een beperking. Of ouders kennen in hun omgeving kinderen met een beperking of werken in de gezondheidszorg, waardoor zij bekend zijn met bepaalde medische problemen. Juist voor deze ouders zijn vaak ook de mogelijkheden van het leven met een bepaalde aandoening bekend, en dat geeft een realistischer en positiever beeld van kinderen met deze aandoening.
2. Een relativerende en flexibele levenshouding, waardoor ouders tot de conclusie komen dat een kind met een beperking bij hen welkom is.
3. Idealisme; de overtuiging dat juist deze kinderen optimaal kunnen profiteren van adoptie, kan ouders sterken in hun keuze. Relatief veel gezinnen met biologisch eigen kinderen hebben (ook) idealistische motieven om een kind met een beperking te adopteren.
4. Tijdsdruk; door de leeftijdsgrens wordt de keus dan niet zozeer gemaakt voor een kind met een beperking maar meer tussen een kind met een beperking of helemaal geen kind. Deze tijdsdruk kan bij ouders een denkproces op gang brengen waardoor ouders kunnen komen tot een bewuste keuze voor een kind met een beperking. Ditzelfde proces kunnen ouders ook doormaken als zij zich realiseren dat de wachttijd voor een gezond kind vaak veel langer is. Nog vele jaren moeten wachten op gezinsuitbreiding is niet voor iedereen een aantrekkelijke optie.

Er zijn ook redenen waarom ouders besluiten om niet te kiezen voor een kind met een beperking¹⁶:

1. Bekendheid met een medische geschiedenis binnen het gezin, waardoor ouders de keuze maken om juist niet een kind met een beperking te adopteren omdat dit te belastend kan zijn voor het gezin.
2. De onzekerheid en de risico's die er komen kijken bij adoptie zijn voor ouders al spannend genoeg zijn, waardoor zij niet de ruimte hebben om ook nog de extra onzekerheden en risico's van een kind met een beperking erbij te krijgen.
3. Ouders zitten niet op één lijn over de keus voor een kind met een beperking, of de aandoening waar zij wel of niet voor open staan. Wanneer ouders niet op één lijn zitten is het verstandig om aan de veilige kant te blijven, en de krapste grenzen te respecteren, namelijk die van de ouder die niet de keus voor een kind met een beperking wil of kan maken.

¹⁴ Website Ministerie van Justitie

¹⁵ Brochure SAV 'Adoptie en special needs', maart 2008

¹⁶ Brochure SAV 'Adoptie en special needs', maart 2008

4. Ouders zijn bang voor onvolledige of onjuiste medische dossiers uit het land van herkomst van het kind. Ouders vrezen dan dat een voorgestelde 'lichte medische aandoening' een 'zware medische aandoening' blijkt te zijn.

Wat komt er extra kijken bij het adopteren van een kind met een beperking?

Zoals ik al eerder aangaf, ben ik van mening dat de keus van ouders voor een kind met een beperking niet te vergelijken is met ouders die in afwachting zijn van een biologisch eigen kind, alhoewel het logisch is dat ouders deze situaties wel gaan vergelijken. De eerstgenoemde ouders hebben een keuze te maken, waardoor zij zich van te voren zullen proberen voor te stellen of zij in staat zijn om ouder te worden van een kind met een beperking. De ouders die in afwachting zijn van een biologisch eigen kind, hebben die keus niet. Als blijkt dat hun kindje geboren wordt met een beperking, dan hebben zij daarin in principe geen keus te maken. Er blijven hierbij wel uitzonderingen, denk aan de mogelijkheid om te kiezen voor een abortus tot een bepaald stadium van de zwangerschap en de mogelijkheid om na de geboorte niet te kiezen voor een medische behandeling. Het kindje dat geadopteerd wordt heeft er vaak al een aantal levensjaren opzitten, het biologisch eigen kind moet nog geboren worden of is net geboren. De aandachtspunten die ik hier zal noemen, moeten dus gezien worden in het kader van die keus die ouders moeten maken over de vraag of zij een kind met een beperking willen adopteren. En vervolgens bij de vraag die daarop volgt, voor welke aandoeningen ouders wel/niet openstaan.

In de zes verplichte bijeenkomsten van de SAV wordt aan ouders al de vraag gesteld of zij open staan voor het adopteren van een kind met een beperking. Als ouders een keuze maken om aan het adoptieproces te beginnen, wordt er door de Raad voor de Kinderbescherming een gezinsonderzoek gedaan. Bij alle adopties wordt eerst onderzocht of de ouders en het gezin wel in staat zijn om een kind een goede, veilige plek binnen het gezin te bieden. Bij het adopteren van een kind met een beperking wordt er nog meer van ouders en het gezin verwacht dit kind een goede plek te kunnen bieden.

De Raad voor de Kinderbescherming onderzoekt of ouders geschikt zijn voor het adopteren van een kind met een beperking. Daarbij richt de Raad voor de Kinderbescherming zich vooral op de voorbereiding van de ouders. Zij vragen bij ouders door hoe zij zich hebben voorbereid, of zij bijvoorbeeld een kinderarts hebben geraadpleegd of ervaringen van andere ouders hebben gevraagd. In de antwoorden van ouders wordt erop gelet dat het geen sociaal wenselijke antwoorden zijn, maar dat duidelijk wordt dat ouders zich goed in de adoptie van een kind met een beperking hebben verdiept en een oprechte keuze daarin hebben gemaakt. Als de ouders vervolgens bij de vergunninghouder aangeven dat zij open staan voor een kind met een beperking is de kans aanwezig dat zij sneller een kind voorgesteld krijgen. Soms lopen er speciale 'special needs'-procedures bij vergunninghouders voor kinderen voor wie ouders gezocht worden.

Ouders die kiezen voor een kind met een beperking moeten om kunnen gaan met onzekerheid. Dat vraagt flexibiliteit, stressbestendigheid en geduld. Ondanks de onzekerheid is het nodig dat deze ouders plezier kunnen hebben in de zorg voor hun kind. Kinderen die een verhoogd medisch risico lopen, hoeven hier geen problemen of klachten van te ondervinden, maar het kan wel. Ouders die

hiervoor kiezen moeten de medische risico's onderkennen en de onzekerheid die dat met zich meebrengt, aandurven. Een vader noemde naar de SAV toe dat het adopteren van een kind met een verhoogd medisch risico nuchtere, zorgzame ouders vraagt. Uit eigen ervaring kan hij zeggen dat de onzekerheid soms als een donkere wolk boven je hoofd kan hangen.

Binnen de SN-mailinglijst is een onderzoek uitgevoerd waaruit blijkt dat eenderde van de kinderen zwaarder gehandicapt bleek dan van te voren was voorgesteld.¹⁷ Het is dus belangrijk dat ouders het zich niet te mooi voorstellen, en alle bezwaren te gemakkelijk wegwuiven. Bovendien is de realiteit van het kind in het gezin altijd anders dan de ideeën die ouders hierover hebben wanneer zij nog voor de keuze staan.

Dat deze realiteit anders zal zijn dan de verwachtingen van te voren, dat zal zo blijven. Een proefplaatsing van het kind met een beperking in het gezin is niet mogelijk. Daarom is het van belang dat ouders zo goed mogelijk overwegen of zij in staat zijn om een kind met een beperking te adopteren. Een overweging die daarbij ook komt kijken is de vraag in hoeverre de ouders beschikbaar kunnen zijn voor het kind. Als de verwachting is dat het kind medische behandelingen nodig zal hebben, zullen de ouders daarvoor beschikbaar moeten zijn. Naast deze praktische beschikbaarheid wordt ook emotionele beschikbaarheid gevraagd. Kun je er als ouder zijn voor je kind, ook als het tegenvalt? Ouders zijn samen verantwoordelijk voor het kind. Een kwetsbaar kind kan de relatie flink op de proef stellen. Ook kan de zorg voor eventueel andere kinderen in het gezin eronder komen te lijden. De vraag is hoeveel praktische en emotionele beschikbaarheid ouders dan hebben. Hierbij kan meespelen hoeveel steun zij vanuit hun omgeving krijgen. Het is belangrijk dat ouders van te voren nagaan of zij een beroep kunnen doen op hun omgeving wanneer het kind bijvoorbeeld opgenomen moet worden in het ziekenhuis, of regelmatig voor behandeling van huis is.

Een praktische haalbaarheid voor het adopteren van een kind met een beperking ligt ook in de mogelijkheden die de woonsituatie biedt. Is een woning niet geschikt voor een kind die minder of niet mobiel is, en hebben ouders niet de financiële mogelijkheden om te verhuizen, dan is het de vraag of het verstandig is dat ouders een kind met deze aandoening adopteren. Ook kunnen ouders overwegen of de afstand van hun woning naar medische voorzieningen praktisch haalbaar is.

Ook andere emotionele overwegingen kunnen goed zijn om mee te laten wegen in de beslissing van ouders. Als ouders bijvoorbeeld een passie hebben voor een bepaalde sport of voor muziek, zijn zij dan in staat om ouder te worden van een kind dat nooit die sport zal kunnen doen of dat doof is en nooit die muziek zal kunnen horen? En ook is het verstandig voor ouders om te overwegen of zij opgewassen zijn tegen de reacties uit hun omgeving op een kind met een beperking. In het land waar het kind vandaan komt kan een beperking die uiterlijk zichtbaar is, weerstand geven bij de omgeving, maar dit kan net zo goed in Nederland gebeuren. Niet iedereen zal begrijpen waarom je er als ouders voor kiest om een kind met een beperking te adopteren.

Als het gaat over adoptie, wordt ook vaak de term 'gehechtheid' genoemd. Gehechtheid is de affectieve band van een kind met een opvoeder die regelmatig met het kind omgaat en aan wie het

¹⁷ <http://groups.yahoo.com/group/Special-Needs-Adoptie>

kind troost ontleent in tijden van angst en spanning.¹⁸ De hechting is een belangrijk thema bij adoptie, omdat een kind dat geadopteerd wordt, zich inmiddels al gehecht kan hebben aan een persoon in het land van herkomst. Ook kan het zo zijn dat het kind zich niet heeft kunnen hechten doordat het in het land van herkomst in een kindertehuis leefde of ernstig verwaarloosd werd. Een kind is niet altijd in staat om een goede gehechtheidsrelatie op te bouwen met de adoptieouders. Of de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie veilig of onveilig is, hangt voor een deel af van de sensitiviteit van de ouder. Iemand is sensitief als hij in staat is de signalen van het kind waar te nemen, te begrijpen en daar snel en adequaat op weet te reageren.¹⁹ De sensitiviteit kan tekort komen of ontbreken doordat het ouders niet goed lukt om de voorstelling die zij hadden van het ouderschap van een gezond kind in overeenstemming te brengen met de realiteit van hun ouderschap voor een kind met een beperking. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de hechtingsrelatie tussen ouder en kind.

De beperking van het kind kan contact bevorderen of juist belemmeren. Dit kan zowel spelen in het land van herkomst als in Nederland bij de adoptieouders. Een kind met een beperking met uiterlijke kenmerken, zoals een hazenlip, roept minder enthousiaste reacties op en krijgt doorgaans minder positieve aandacht dan gemiddeld. Het komt ook voor dat juist kinderen met een beperking meer zorg en aandacht krijgen van een vaste verzorger, dan gezonde kinderen. Als een kind voor de adoptie een ziekenhuisopname heeft moeten ondergaan, kan dit een traumatische ervaring zijn. In de landen waar kinderen vandaan komen ontbreekt vaak de gewenste voorbereiding en begeleiding aan het kind bij de ziekenhuisopname, waardoor een kind zich extra angstig, eenzaam en verloren kan voelen. Zo'n traumatische ervaring kan een extra barrière zijn voor het kind in het opbouwen van een vertrouwensband met de adoptieouders. Ook de behandelingen die in Nederland soms noodzakelijk zijn, kunnen de gehechtheid beïnvloeden. Soms moet een kind al snel na aankomst in Nederland opgenomen worden in het ziekenhuis voor een operatie. Dit is voor een kind een angstige ervaring en het is voor ouders lastig om goed op de behoeften van hun kind, die zij nog maar net hebben leren kennen, in te spelen. In de praktijk blijkt dat ziekenhuisopnames en behandelingen juist bijdragen aan het hechtingsproces. Omdat het kind tijdens behandelingen extra kwetsbaar is, heeft het op die momenten veel behoefte aan liefde, steun en zorg. Als het kind zich hierin kan toevertrouwen aan de ouders, en de ouders er onvoorwaardelijk voor het kind kunnen zijn, versterkt dat de hechting. Met hun aanwezigheid en aandacht laten ouders merken dat zij er vanaf nu altijd voor het kind zullen zijn.

Met het oog op gehechtheid is het ook goed voor ouders zich te realiseren dat bepaalde motorische of neurologische stoornissen, gedrag teweeg kunnen brengen wat lijkt op gedrag bij een gedesorganiseerd hechtingspatroon, maar die dus toe te schrijven zijn aan een bepaalde stoornis.

Tot slot hier nog een opmerking over het feit dat naarmate het kind met een beperking ouder wordt, er vragen kunnen komen over zijn/ haar beperking. Kinderen met een beperking kunnen afgestaan worden vanwege uiterlijke kenmerken. Ook adoptiekinderen zonder beperking kunnen zich afvragen wat de reden was waarom zij zijn afgestaan. Ze kunnen denken dat ze misschien geen mooie baby waren. Maar als het gaat om een kind met een hazenlip of een kind dat een hand mist, kan deze vraag nog sneller naar boven komen.

¹⁸ Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, dr. Lex Wijnroks

¹⁹ Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, dr. Lex Wijnroks

Ondersteuning aan de ouders

De ondersteuning aan ouders die ervoor kiezen om een kind met een beperking te adopteren, is nog niet heel uitgebreid. Van de ouders die ik gesproken heb begreep ik dat er veel van henzelf wordt verwacht in het voorbereidingsproces, maar ook in de periode na de adoptie. Op dit moment moeten alle ouders verplicht aan een voorbereidingscursus van de SAV van zes bijeenkomsten deelnemen. Dit is het enige verplichte hulpverleningsonderdeel in het adoptieproces. Ik vindt het van belang dat er standaard meer ondersteuning aan deze ouders wordt aangeboden, zowel preventief als curatief. Hieronder zal ik uitleggen waarom.

Vaak is er sprake van een rouwproces bij ouders. Ouders staan deels voor een keus, maar deels ook niet. Vaak zijn ouders al een heel eind op weg in een proces van rouw vanwege ongewenste kinderloosheid en mislukte behandelingen om toch een biologisch eigen kind te kunnen krijgen. Vervolgens de keus voor adoptie. De kinderwens is groot bij ouders. In de voorlichtingsbijeenkomsten die ouders hebben via de SAV krijgen ze te horen dat tegenwoordig bijna alle kinderen die ter adoptie worden voorgesteld, kinderen met een beperking zijn. Als ouders kiezen voor adoptie, kiezen ze dus bijna altijd ook voor een kind met een beperking. Waar ouders vervolgens over na moeten denken is welke handicap ze wel/niet aankunnen.

Deze vraag is ethisch gezien best ingewikkeld. Al denken sommige ouders er van te voren (te) gemakkelijk over. Sommige ouders hebben als uitgangspunt dat als zij een biologisch eigen kind hadden gekregen, zij ook niet de keus hadden gehad over een kind met wel of geen handicap, laat staan het soort handicap. Deze overweging is vaak vanuit de geloofsovertuiging van ouders gedreven, en heeft als motivatie dat elk kind recht op leven heeft. Andere ouders gaan wel uitgebreid met de lijst van beperkingen aan de slag, en maken vervolgens een keuze voor welke beperking zij wel/niet open staan. Als je kijkt naar bovenstaand beschreven proces wat deze ouders vaak al doorgemaakt hebben voordat zij tot de keus voor een adoptiekind kwamen, is het te verklaren dat ouders toch (te) gemakkelijk een keus maken voor een kind met een beperking, vanuit hun verlangen naar een eigen kind. Vaak lopen de 'special need'-procedures ook heel snel, en moeten ouders bijvoorbeeld binnen 48 of 72 uur laten weten of zij het voorgestelde kind wel of niet willen adopteren.

Wat ik terughoor van de ouders die ik heb gesproken is dat het goed is om op het moment dat zij een kind voorgesteld krijgen pas op de plaats te maken. Het is een emotionele periode voor ouders en een emotioneel geladen keus die zij gaan maken, namelijk de keus voor wel of geen kind, voor wel of niet het ouderschap aangaan, voor wel of niet de extra zorg gaan bieden die dit kind nodig zal hebben. Nu gebeurt het regelmatig dat een voorgestelde beperking van het kind in de praktijk ernstiger of complexer blijkt te zijn dan was voorgesteld. Waarschijnlijk is dit niet geheel te voorkomen. Daarom is het belangrijk dat er bij ouders een reëel beeld ontstaat van wat er bij kan komen kijken wanneer zij dit kind adopteren. Een onafhankelijke hulpverlener zou hierin een waardevolle en aanvullende rol spelen.

De vergunninghouder heeft van het Ministerie van Justitie de ruimte gekregen om het adoptieproces goed te laten verlopen. Zij hebben hierin bovenal met het belang van het kind te maken, maar ook met het belang van de adoptieouders en de biologische ouders en/of opvoeders in het land van

herkomst. Van één van de ouders die ik heb gesproken hoorde ik dat zij het gevoel heeft dat zij in dit hele proces heel veel moet. Zij moeten volledige inzage in hun privéleven en financiën geven. Hierdoor ontstaat het gevoel afhankelijk te zijn: zij hebben niets te zeggen over de procedure, zij zijn afhankelijk van de goedkeuring van de Raad voor de Kinderbescherming, zij zijn afhankelijk van het aanbod van de vergunninghouder, waarbij zij te horen krijgen dat willen zij een kans maken, ze zullen moeten kiezen voor een kind met een beperking. Een onafhankelijke hulpverlener zal in dit proces ouders het gevoel geven dat zij ook open over hun vragen, twijfels, emoties en angsten kunnen spreken. Want er komt nogal wat kijken bij het maken van deze keus.

Wat kan de hulpverlener in dit proces betekenen voor ouders? Waarom is het zo waardevol om er voor te kiezen dat ouders standaard ondersteuning aangeboden krijgen?

1. Ouders moeten gezamenlijk tot een keus komen. Wanneer bijvoorbeeld de keus van moeder wordt gevolgd, en vader erin meegaat, maar diep in zijn hart nog niet overtuigd is, kan dat op een later moment veel wrijving geven tussen de ouders onderling en zal het de mogelijkheden voor een goede hechting tussen ouder en kind belemmeren. Een van de ouders kan hierdoor in een heel moeilijk pakket terecht komen, hij heeft 'ja' gezegd tegen de verantwoordelijkheid voor het kind, maar emotioneel lukt het hem niet om van het kind te houden. De hulpverlener ondersteunt ouders hierin door hen uit te laten spreken wat hun persoonlijke verlangens en verwachtingen zijn, en hoe ze daarin op één lijn kunnen komen, zonder daarbij aan één van de twee voorbij te gaan. Het helpt om de partnerrelatie of de gezinsrelaties in kaart te brengen, en daarbij te kijken wat ieders rol is en hoe de balans is van geven en nemen.
2. Het is belangrijk dat ouders een realistisch beeld van de beperking van het kind hebben. Door de emoties en tijdsdruk die een rol spelen in het adopteren van een kind met een beperking komt het voor dat ouders geen realistisch beeld hebben: realiseren ouders zich dat een genoemde aandoening van het voorgestelde kind in de praktijk zwaarder kan blijken dan is voorgesteld? Kijken ouders in de lijst met aandoeningen niet teveel naar de uiterlijke kenmerken alleen, zoals een hazenlip? Realiseren ouders zich dat achter uiterlijke kenmerken een stoornis of een syndroom kan zitten wat niet genoemd is? Ouders hebben dan een hulpverlener nodig die eerlijk is naar de ouders toe in de mogelijkheden en onmogelijkheden van het kind, dit durft te benoemen, zodat ouders hun verwachtingen kunnen bijstellen.
3. Als adoptieouder neem je een zeker risico, en het helpt hen als dit eerlijk met hen wordt besproken. De ervaring van de SAV is dat de kwaliteit van de medische gegevens van de kinderen wel steeds beter wordt, maar noemt dat het verstandig is dat ouders er rekening mee houden dat de medische gegevens die zij krijgen, niet altijd geheel compleet of juist zijn. Dit moet duidelijk zijn voor ouders, ouders kunnen alleen een keus maken als zij duidelijke volledige informatie krijgen. Dat vergunninghouders verschillend omgaan met het achterhalen van medische gegevens en het benoemen van een aandoening als 'special need' of niet, maakt het er voor ouders niet makkelijker op. Ouders moeten dan zelf goed navragen bij de vergunninghouder hoe het zit met de medische gegevens, en wat zij wel of niet onder een beperking verstaan. Zolang dit per vergunninghouder verschilt hoe zij hiermee omgaan, kunnen ouders een steuntje in de rug van iemand die met hen meedenkt, en deze punten durft te benoemen, vaak goed gebruiken.

4. Er is bij ouders veel behoefte aan nazorg. Als het kind eenmaal in het gezin is, ontstaan ook weer nieuwe vragen. Van te voren is niet te voorzien hoe het in de realiteit zal lopen. Nazorg is niet verplicht, maar er bestaat wel een hele grote behoefte aan, geeft de SAV aan. De SAV biedt zelf de cursus 'Goede Start' in samenwerking met de ambulante FIOM. Ook biedt de SAV Video Interactie Begeleiding (VIB). Deze begeleiding wordt ook geboden door adoptiehulpverleners in het land (o.a. Horizon Jeugdzorg en Basic Trust).

Adoptieouders zijn een specifieke doelgroep om ondersteuning aan te bieden. Het is belangrijk dat hulpverleners rekening houden met het proces waar deze ouders inzitten. Hierna noem ik een aantal aandachtspunten voor hulpverleners:

- Sta naast de ouders en neem hen serieus, denk met hen mee en laat je niet leiden door procedures en wetgeving. Adoptieouders kunnen gemakkelijk overschat worden door hulpverleners, omdat zij zelf al veel weten. Zij hebben zich vaak uitgebreid ingelezen over adoptie, de beperking welke hun kind heeft en hechtingsproblematiek. Vaak wisselen adoptieouders kennis en ervaring met elkaar uit via mailinglijsten. Van de ouders die ik gesproken heb begreep ik dat zij in het hele adoptieproces assertief moeten zijn en voor zichzelf moeten opkomen. Ouders kunnen zich afhankelijk van instanties als de Raad voor de Kinderbescherming en de vergunninghouder voelen. Daardoor moeten ouders heel bewust voor zichzelf opkomen in de keuzes die ze wel kunnen maken waardoor deze ouders als snel stevig overkomen. Maar al lijken ouders nog zo stevig, het is belangrijk om als hulpverlener goed af te tasten wat zij zelf nog aankunnen.
- Ouders kunnen zich (te) enthousiast laten maken door ervaringen van andere adoptieouders. Maar elk adoptiekind is anders en elk adoptiegezin is anders. Daarom is het goed dat de hulpverlener de aandacht bij ouders richt op hun eigen situatie.
- Aan ouders die de keus voor een kind met een beperking maken omdat zij zelf in de zorg werken en weten hoe je mensen met een beperking moet begeleiden, of deze ervaringen hebben in hun omgeving, is het belangrijk dat de hulpverlener aangeeft dat het kind meer bij zich draagt dan alleen die beperking. Het kind kan bepaalde trauma's hebben opgelopen of problemen hebben met de hechting. Bovendien is het werken met kinderen met een beperking anders dan wanneer je de zorg hebt over een eigen kind met een beperking, deze zorg gaat 24 uur per dag, 7 dagen per week door.
- De overweging die ouders moeten maken voor het wel/niet adopteren van een kind kan lastig zijn. Door het grote verlangen naar een eigen kind en de snelheid waarmee ouders moeten kiezen ontstaat het gevaar dat ouders kiezen voor een kind met een (bepaalde) beperking, terwijl ze dat eigenlijk liever niet willen. De snelheid waarmee ouders moeten kiezen verschilt per land waar het kind vandaan komt. Momenteel loopt er bijvoorbeeld bij Wereldkinderen een 'special need'- procedure voor kinderen uit China, waarvoor ouders binnen 48 uur moeten beslissen of zij het voorgestelde kind willen adopteren. Je hoort ook over een periode van 72 uur. Maar het komt er in elk geval op neer dat ouders binnen een korte periode een keuze moeten maken. Je moet assertief zijn als ouder om extra bedenktijd te vragen. Binnen deze korte beslisperiode proberen ouders vaak nog informatie te achterhalen of de voorgestelde handicap in hun situatie verantwoord is.

De rol van MEE

MEE heeft een deskundigheid op het gebied van leven met een beperking. Juist vanuit deze deskundigheid kan MEE een grote toegevoegde waarde hebben in de ondersteuning aan ouders die een kind met een beperking adopteren. Ouders geven aan hier behoefte aan te hebben.

MEE biedt ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een lichamelijke beperking, mensen met een chronische aandoening en mensen met een psychische problematiek. Uit marktonderzoek binnen de MEE Plus Groep, wordt als aanbeveling genoemd om de dienstverlening aan deze huidige doelgroepen van MEE verder uit te breiden omdat bij deze doelgroepen te kennis en ervaring van MEE ligt.²⁰ Daarvoor is het nodig om te onderzoeken wat de behoeften van deze doelgroepen zijn.²¹ De ouders die staan voor de keus voor een adoptiekind met een beperking, en de kinderen zelf, vallen onder de doelgroep van MEE. En omdat deze ouders aangeven behoefte te hebben aan meer ondersteuning dan zij momenteel krijgen zal MEE de ondersteuning aan deze doelgroep verder moeten ontwikkelen. Om deze ontwikkeling te realiseren stel ik voor om een pilot op te zetten in 2011 binnen MEE Midden-Holland, waartoe ik de volgende aanzet wil geven:

MEE is de deskundige organisatie op het gebied van hulpverlening aan mensen die leven met een beperking. Vergunninghouders zoals Wereldkinderen, zijn dat niet. Zij zijn wel deskundig op het gebied van adoptie, maar verwijzen voor specifieke vragen over zorg voor een kind met een beperking, door naar andere organisaties. Onder andere naar MEE, geeft Wereldkinderen aan. MEE zal de vergunninghouders moeten informeren over de ondersteuning die zij biedt, zodat de vergunninghouders MEE ook sneller weten te vinden als er vragen van ouders zijn. Vanuit marktonderzoek binnen MEE kan verder bekeken kunnen worden op welke andere manieren deze ouders bereikt kunnen worden.

Hoe ziet de rol van MEE eruit?

De behoefte van de ouders aan ondersteuning start bij het keuzeproces waarin zij aangeven welke beperkingen zij denken aan te kunnen. De ene ouder zal uit overtuiging openstaan voor alle kinderen met een beperking, voor de andere ouder zal daarin de keus kunnen ontstaan om niet voor alle beperkingen open te staan. De rol die MEE speelt in dit keuzeproces, is het bespreken met ouders wat het betekent om een kind met een beperking te hebben. Daarbij valt te denken aan de beginperiode: de zorg welke het kind vraagt, de extra belasting vanwege bijvoorbeeld ziekenhuisbezoeken, de onzekerheid en door de reacties uit de omgeving. Maar ook de betekenis van een kind met een beperking voor een broer of zus. MEE kan de ouders wijzen op de mogelijkheden voor de toekomst van een kind met een beperking, denk aan bijvoorbeeld schoolkeuze, hulpmiddelen, de (on)mogelijkheid voor het kind om zelfstandig, of met begeleiding te gaan wonen en de vraag of het kind in de toekomst wel/niet kan gaan werken. Deze voorinformatie kan ouders bewuster maken van de keus die zij maken en van wat er gaat komen als het kind er eenmaal is. En deze bewustwording kan ouders de rust geven die zij nodig hebben om de stap voor de adoptie van het kind te zetten. Ouders geven ook aan dat zij van tevoren behoefte hebben aan

²⁰ Resultaten dienstenmatrix 2009, maart 2010, MEE Plus Groep, L. Nicolas

²¹ Marktanalyse 2008-2020 MEE Plus Groep, maart 2010, Drs. B.W. Schuur

informatie over de sociale kaart, zij willen weten welke weg zij kunnen bewandelen als hun kind er eenmaal is. Ook deze duidelijkheid, over de mogelijkheden van zorg en ondersteuning in Nederland, kan ouders de rust geven die zo belangrijk is om een goede start met hun kind te maken.

Ouders geven aan behoefte te hebben aan een vaste contactpersoon bij MEE in dit proces, iemand met wie zij al een band hebben kunnen opbouwen, die kan aanvoelen en begrijpen hoe ouders in het proces staan zodat zij, zodra het kind eenmaal in het gezin is, ook weer gemakkelijk een beroep kunnen doen op deze MEE-consulent. Met de MEE-consulent kunnen ouders dan bespreken hoe het gaat en waar zij tegenaan lopen.

Hoe zou deze ondersteuning eruit kunnen zien, en op welke manier kan de MEE-consulent de ouders op methodische wijze ondersteunen? Ik wil een advies geven vanuit de volgende methodische interventies:

- *Ouderbegeleiding om ouders te ondersteunen in de keuzes die zij gaan maken.* De MEE-consulent helpt ouders om hun verdriet over het ongewenst kinderloos blijven bespreekbaar te maken. Het is belangrijk dat ouders weer duidelijk hebben waarom ze tot de keus voor een adoptiekind zijn gekomen. Manieren voor ouders om dit inzicht te krijgen is door erover te praten, of door dingen op papier te zetten.
- *Ouderbegeleiding om ouders te helpen hun verwachtingen in kaart te brengen.* Zijn ouders realistisch in hun overtuigingen of ideeën? Juist bij het adopteren van een kind met een beperking is het onduidelijk hoe de toekomst van dit kind eruit gaat zien. Het is van te voren vaak moeilijk vast te stellen wat de gevolgen van de beperking precies zullen zijn voor het kind. Vanuit de Rationeel Emotieve Therapie kan de hulpverlener hier met ouders naar kijken, en eventueel irrationele ideeën helpen ombuigen. Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener inzicht heeft in bepaalde aandoeningen welke het kind kan hebben, en welke gevolgen deze aandoening kan hebben. Ook is het belangrijk dat de hulpverlener zich realiseert dat de voorgestelde aandoening in werkelijkheid lichter of zwaarder kan zijn.
- *Ouders helpen om inzicht te krijgen in hun eigen geschiedenis, en welke rol hun opvoeding en levenservaring heeft op de situatie op dat moment.* Vanuit de contextuele hulpverlening kunnen ouders dit inzicht verwerven. Als hier inzicht in is ontstaan, kunnen ouders gesteund worden in hun beslissing voor het adopteren van een kind met een beperking. Zij ontdekken waar hun krachten of valkuilen liggen. Of ouders hier samen klaar voor zijn en of hun relatie stevig genoeg is, is een belangrijk onderwerp wat hierbij meegenomen wordt.
- *Het inzetten van de Sociale Netwerk Strategie (SNS), een methodiek en visie die MEE binnen de MEE Plus Groep gaat implementeren.* Deze methodiek is gericht op ondersteuning vanuit het sociale netwerk aan het betreffende gezin. Juist voor deze doelgroep is deze methodiek heel goed toepasbaar. Adoptie heeft namelijk niet alleen gevolgen voor het adoptiegezin maar ook voor het sociale netwerk. Opa en oma krijgen er een kleinkind bij, en indien de ouders broers en/of zussen hebben, worden zij oom of tante. Bij elke ondersteuning aan aspirant adoptieouders zou er een familieberaad georganiseerd kunnen worden door de hulpverlener. De kracht die er vanuit het familie- en vriendennetwerk al bestaat kan ingezet worden om de ouders te ondersteunen in het maken van hun keuze maar kan ouders ook ondersteunen wanneer zij het kind met een beperking eenmaal geadopteerd hebben. Door

het inzetten van de SNS-methodiek worden ouders vanuit hun eigen omgeving ondersteund, wat hen kan helpen in het nemen van beslissingen.

- *Het bieden van groepswork in de vorm van een cursus of training, maar ook via inzet van een oudercontactgroep.* Het is voor ouders prettig om ervaringen te delen. Bovendien kunnen ervaringen van andere ouders helpen om een reëler beeld te krijgen van wat er komt kijken bij het adopteren van een kind met een beperking. Een cursus of training kan bijvoorbeeld gaan over het opvoeden van een kind met een beperking. Een andere passende cursus de cursus 'Speciaal voor jou': gericht op de brusjes (broertjes, zusjes) van het geadopteerde kind met een beperking.
- *Het opzetten van een maatjesproject.* De ouders die ik sprak gaven aan dat hier onder ouders behoefte aan is. Zo'n maatje moet dan een ouder zijn die zelf een kind met een beperking geadopteerd heeft, en dus uit eigen ervaring weet wat er allemaal bij komt kijken. Juist door deze ervaring kan het maatje een hele waardevolle ondersteuning bieden aan de ouders die nog middenin het proces staan. MEE Midden-Holland heeft al een succesvol maatjesproject lopen voor een andere cliëntgroep. Vanuit deze ervaring kan een maatjesproject voor deze doelgroep opgezet worden.

Ambulante hulpverlening in gezinnen wordt niet door MEE geboden maar door zorgaanbieders. In het aanbieden van bijvoorbeeld Video Home Training (VHG) of Sherborne, zie ik op dit moment voor MEE geen mogelijkheden. De rol van MEE ligt erin om deze specifieke doelgroep bij zorgaanbieders onder de aandacht te brengen. Dit met als doel dat zorgaanbieders zo beter zijn ingespeeld op deze specifieke ondersteuning. Uit onderzoek blijkt dat deze ondersteuning heel zinvol is voor gezinnen.

De rol die MEE zeker kan invullen is de rol van trajectbegeleider. Het traject start dan op het moment dat ouders voor de keus staan of zij een kind met een beperking willen adopteren. Het traject eindigt eigenlijk pas zodra het kind volwassen is, waarna er een individueel traject met het volwassen geworden kind kan worden gestart. Als ouders geen behoefte aan ondersteuning meer hebben omdat het goed verloopt met hun kind in het gezin, dan kan het traject natuurlijk eerder worden afgerond.

Conclusie en aanbevelingen

Naar aanleiding van de literatuur die ik heb gelezen en door de gesprekken met betrokken instanties en de ouders zelf, kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- De meeste kinderen die momenteel in Nederland ter adoptie worden aangeboden zijn 'special needs' kinderen, kinderen met een beperking.
- Het adoptieproces is een emotioneel proces voor ouders. Ouders die kiezen voor een kind met een beperking moeten om kunnen gaan met onzekerheid. De realiteit wanneer het kind in het gezin is, is vaak anders dan de verwachtingen die ouders van te voren hadden.
- In het adoptieproces kunnen ouders zich afhankelijk voelen van instanties. Daarom hebben ouders behoefte aan onafhankelijke en deskundige ondersteuning in hun keuzeprocess.
- In de ondersteuning aan ouders is specifieke deskundigheid over zorg aan adoptiekinderen een belangrijk aandachtspunt. Ouders hebben behoefte aan deze ondersteuning omdat van

ouders wordt verwacht dat zij de keuze voor wel/ geen adoptiekind met een beperking zelf kunnen maken.

- De hulpverlener moet een professional zijn die deskundig is op het gebied van het hebben van een beperking in combinatie met het geadopteerd zijn. Kinderen met de combinatie van het hebben van een beperking en hechtingsproblematiek vragen specifieke zorg, waarover nog weinig bekend is in hulpverleningsland.
- MEE heeft grote toegevoegde waarde in de ondersteuning aan ouders die een kind met een beperking adopteren.

Aanbevelingen:

1. Breng binnen de MEE Plus Groep de doelgroep van ouders die bezig zijn met het adoptieproces van een kind met een beperking, in kaart per regio. Stel vervolgens een plan van aanpak op rondom het ondersteuningsaanbod.
2. Maak als MEE zijnde je dienstenaanbod beter bekend bij de SAV, de vergunninghouders, consultatiebureaus, oudercontactgroepen, afdelingen kindergeneeskunde van ziekenhuizen en adoptiehulpverlening binnen de jeugdzorg.
3. Start vanuit MEE de ondersteuning aan ouders aan het begin van het adoptieproces. Wanneer de MEE-consulent al in het voortraject betrokken is geweest, zal de MEE-consulent beter kunnen aanvoelen welke nazorg er nodig is aan het gezin. Voor de adoptieouders is het laagdrempeliger om, zodra het kind in hun gezin is, weer een beroep op de MEE-consulent te doen als deze al eerder betrokken is geweest.
4. Ontwikkel binnen MEE deskundigheid op het gebied van de combinatie van het hebben van een beperking met hechtingsproblematiek. Deze deskundigheid is vooral van belang in het werk van de gedragsdeskundige en een aantal gespecialiseerde consultants. Bijvoorbeeld consultants die gespecialiseerd zijn in hulpverlening aan gezinnen.
5. Maak gebruik van de deskundigheid van Atrium en het Adoptie Driehoek Onderzoekscentrum (ADOC) van de Universiteit Leiden. Zij doen onderzoek naar de combinatie van het hebben van een beperking en hechtingsproblematiek en adviseren hulpverleners.

Om terug te komen op het Afrikaanse gezegde waarmee ik dit artikel begon: 'je een heel dorp nodig om een kind op te voeden', kom ik tot de conclusie dat MEE vanuit de hiervoor genoemde aanbevelingen een duidelijke positie zal hebben in de hulpverlening aan ouders die een kind met een beperking adopteren. Deze ouders kunnen in Nederland niet terugvallen op een heel dorp, maar wel op een deskundige en betrokken MEE-consulent.

Gouda, april 2010

Ellen van Wilpen

Met dank aan:

Ingrid Mispelblom Beyer, Gera ter Meulen, Silvy Verheggen, Hanneke Popeijus, Liesbeth van der Meer, Indra Kamaansing, M. Waller, Inge Prenger, Annelien Roos, Marjan Popeijus en Ernst Verbeek

Bronnen

- Brochure SAV, 'Adoptie en special needs', maart 2008
- Justitiele Verkenningen 'Adoptie onder vuur', jaargang 34, nummer 7, 2008
- Rapport interlandelijke adoptie 'alles van waarde is weerloos', Commissie lesbisch ouderschap en interlandelijke adoptie, 29 mei 2008
- Special Needs procedure Wereldkinderen
- Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis 'het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking', Lex Wijnroks e.a. , Uitgeverij LEMMA BV, Utrecht, 2006
- Verbonden door Adoptie, Femmie Juffer, Academische Uitgeverij, Amersfoort, 1993
- Handboek methodische ouderbegeleiding, Alice van der Pas, Uitgeverij Ad. Donker bv, Rotterdam, 3^e druk 2003
- Gedragsverandering in gezinnen, Prof. Dr. A. Lange, Uitgeverij Wolters-Noordhoff, Groningen, 7^e druk 2000
- Leren over leven in loyaliteit, M. Michielsen e.a., uitgeverij Acco, Leuven/Voorburg, 9^e druk 2008
- Marktanalyse 2008-2020 MEE Plus Groep, Drs. B.W. Schuur, maart 2010
- Resultaten Dienstenmatrix 2009 MEE Plus Groep, Liesbeth Nicolas, maart 2010
- Trouw 28 maart 2007 'steeds meer adopties van zorgenkinderen'
- Trouw 'de Verdieping', 28 maart 2007 'adoptiekinderen/medisch dossier geen bezwaar'
- Volkskrant, 10 juni 2009, 'vergeet rechten kinderen niet'