

De hulpbehoeften van adoptiekinderen met special needs uit Taiwan



©Mathilde du Sol

Naam: Anke de Glopper

Studentnummer: 0847208

Datum: augustus 2013

Masterthesis Gezinspedagogiek

Universiteit Leiden

Begeleider: Femmie Juffer

Tweede beoordelaar: Marije Stoltenborgh

ONDER EMBARGO

Voorwoord

Ter afronding van mijn master Child and Family Studies aan de Universiteit Leiden, presenteer ik hierbij mijn masterthesis. Dit was niet mogelijk geweest zonder de begeleiding van Femmie Juffer, Marije Stoltenborgh en Gera ter Meulen. Ik wil hen enorm bedanken voor de hulp en feedback bij het schrijven van mijn scriptie.

Ook wil ik iedereen van het thuisfront bedanken die heeft bijgedragen aan het schrijven van deze scriptie. Specifiek wil ik hiervoor graag Elly Stolker bedanken voor al haar hulp en Nederlandse taalkennis. Tot slot ook mijn moeder, Marga Smeenk, voor haar support en steun.

Abstract

In recent years, the number of adopted children with special needs in the Netherlands has increased, while the total number of adopted children has declined. Because of this shift, adoption agency Meiling requested an exploratory study on the welfare of adopted children with special needs. In this study parents of adopted children from Taiwan have been questioned by using a digital questionnaire.

The research question of this thesis was: “Are there differences in the care of adopted children from Taiwan with and without special ?” To answer this question, the Leiden classification of special needs was used to specify the special needs. This classification focuses on physical/medical impairments of children. This resulted in two groups: 131 adopted children with special needs and 179 children without special needs.

The results of this study showed that adopted children with special needs were more likely to show developmental delays than adopted children without special needs, both when they were placed for adoption and at the time of the study. Also, adopted children with special needs used more guidance and support from different agencies, such as physiotherapy, remedial teaching, speech therapy, and health care than adopted children without special needs. Adopted children with special needs attended special education more frequently and/or needed more additional adjustments in school than adopted children without special needs. Adoptive parents of children with special needs used health insurance, provided additional funding themselves, and received a personal budget (PGB) more often than adoptive parents of children without special needs.

When adopted children with special needs from Taiwan were compared with adopted children with special needs from China ($N = 189$), the results showed that they did not differ in developmental delays at the time of placement nor at the moment of the study. However, adoptive parents of children with special needs from Taiwan more frequently used physical therapy, education and support around temporary assistance / care.

From these findings, recommendations for practice are made, such as providing maternity care after the adoption, better collaboration between different agencies, specializing in adopted children with special needs by professionals and long-term follow-up care for adopted children with medical problems, possibly leading to developmental delay.

Finally, it is concluded that further research is necessary to gain information about the development of adopted children with special needs. Longitudinal studies, using the Leiden Classification of special needs, are of interest.

Introductie

In dit scriptieonderzoek staan de special needs van adoptiekinderen uit Taiwan centraal en wordt de huidige visie over kinderen met een special need toegelicht. De scriptie begint met een korte geschiedenis over een beperking, die tegenwoordig een special need wordt genoemd. Aansluitend wordt ingegaan op het Leidse onderzoek naar de special needs van adoptiekinderen uit Taiwan, waarbij de hulpbehoeften centraal staan.

Leven met een special need: een historisch perspectief

Een aantal eeuwen geleden stonden mensen met een beperking buiten de maatschappij. Zij leefden in isolatie en werden aan hun lot overgelaten. De maatschappij bestempelde mensen met een beperking als niet-productieve en nutteloze wezens die niet konden deelnemen aan de alsmear vooruitstrevende samenleving. In de loop van de 19^e eeuw begon deze visie langzaam te verschuiven. In 1899 ontstond de “Vereeniging tot verzorging van gebrekkige en mismaakte kinderen in Nederland” (Gehandicapten schrijven geschiedenis, 2013). Deze stichting ervoer het als wijselijk om alle kinderen met een beperking naar een hiervoor opgericht tehuis te sturen. De emancipatie van mensen met een beperking begon geleidelijk te ontwikkelen tot zoals deze momenteel is. Rond 1970 begonnen verschillende partijen zich te verzetten tegen de visie over de beperkte mens. Zij waren tegen isoleren en gebruik van elektroshocktherapie. Hun acties waren niet zonder succes: aan het einde van de jaren '70 stopten de meeste instellingen met het gebruiken van deze methodes. Men ging er steeds meer naar streven mensen met een beperking in de maatschappij te betrekken en daarbij ook meer bekendheid te geven aan de mogelijkheden die deze personen hebben. De jaren hierop hebben vele politieke discussies en protesten plaatsgevonden. Dit leidde ertoe dat in 2003 de Wet Gelijke Behandeling Gehandicapten en Chronisch Zieken werd aangenomen. Deze wet gaf mensen met een beperking mogelijkheden in de maatschappij, zoals onderwijs en werk (Gehandicapten schrijven geschiedenis, 2013).

Tegenwoordig denkt men minder in beperkingen en meer in mogelijkheden. Het woord “empowerment” staat centraal (Penninx, 2004). Dit betekent dat individuen met een beperking worden geprikkeld gebruik te maken van hun competenties en talenten. Mensen worden als expert beschouwd van hun eigen leerproces, waarbij zij zelf in staat zijn de regie over hun eigen leven te voeren. Empowerment is erop gericht elke laag uit de bevolking te integreren in de samenleving (Penninx, 2004).

Special needs in het buitenland

De ontwikkeling van beperkingen naar mogelijkheden is niet overal ter wereld even ver gevorderd. In Taiwan zijn kinderen met special needs vaker opgenomen in een tehuis, doordat de kosten voor de gezondheidszorg te hoog zijn (Unicef, 2009) en er mogelijk een taboe heerst over het hebben van een special need (The Save the Children Fund, 2009). Mogelijk zien ouders hierdoor geen

andere keuze dan hun kind in een tehuis te plaatsten. Hiermee wordt wat in Nederland wordt beschouwd als optimale zorg van het kind, gezinsopvoeding, aan kinderen ontnomen. Kinderen met beperkingen worden in Taiwan als ongewenst ervaren. Kinderen in tehuizen hebben een verhoogd risico op verschillende domeinen een achterstand te ontwikkelen (Van IJzendoorn & Juffer, 2006), dit risico is voor kinderen met special needs nog hoger. Mogelijk is adoptie een alternatief voor deze kinderen, waarbij Nederlandse ouders hun een optimale ontwikkeling kunnen bieden.

Opgroeien in een tehuis

De eerste levensmaanden brengt een adoptiekind meestal in een tehuis door. De gevolgen van tehuisopvoeding voor de ontwikkeling van het kind zijn enorm en hoe langer het verblijf, hoe schadelijker. Zo is aangetoond dat per drie maanden in een tehuis een kind een achterstand oploopt van een maand in lichamelijke groei (Albers, Johnson, Hostetter, Iverson, & Miller, 1997). Een meta-analyse van Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg en Juffer (2007) laat zien dat kinderen voor de adoptie, in vergelijking met in een gezin opgroeiende kinderen, een achterstand hebben in gewicht, lengte en hoofdomtrek. Wanneer tehuiskinderen worden geadopteerd, vertonen zij een inhaalslag en wordt de achterstand in lengte en gewicht ingehaald, de achterstand in hoofdomtrek blijft aanwezig. Ook bevestigt deze meta-analyse dat hoe korter de tijd die in een tehuis wordt doorgebracht, hoe minder schadelijk dit is. Hoe later een kind wordt geadopteerd hoe meer de achterstanden toenemen en hoe meer het risico stijgt dat de achterstanden verergeren.

Behalve achterstanden in groei, heeft opgroeien in een tehuis funeste gevolgen voor het cognitief functioneren. Door ondervoeding ontwikkelen de hersenen niet op een adequate manier. Dit verhoogt het risico op cognitieve problemen, zeker bij gebrek aan een stimulerende omgeving, zoals in een tehuis. Onderzoek waarbij sprake was van random toewijzing aan een tehuis of pleegzorg toonde aan dat kinderen die opgroeiden in een tehuis een lager IQ hebben dan kinderen die bij pleegouders opgroeiden. Wanneer kinderen waren opgenomen in een pleeggezin vertoonden zij een inhaalslag in deze ontwikkeling. Hoe vroeger het kind in een pleeggezin kwam, hoe beter deze inhaalslag was (Nelson, Zeanah, Fox, Marshall, Smyke, & Guthrie, 2007). Daarbij is in de meta-analyse van Van IJzendoorn en Juffer (2006) aangetoond dat de ontwikkeling van kinderen plastisch is, zij kunnen herstellen van eerdere tegenslagen en beperkte groeimogelijkheden. Na de adoptie vertonen kinderen een inhaalslag in de lichamelijke-, cognitieve- en sociaal emotionele ontwikkeling. Wanneer de adoptiekinderen vergeleken worden met hun huidige leeftijdsgenoten vertonen adoptiekinderen die na 12 maanden na hun geboorte worden geadopteerd, het meeste risico om achterstanden te houden in de lichamelijke ontwikkeling en zijn zij minder vaak veilig gehecht aan hun opvoeders (Van IJzendoorn & Juffer, 2006).

Op sociaal gebied worden kinderen in een tehuis verwaarloosd: de kind-verzorgerratio is vaak groot, er is weinig individuele aandacht en de aandacht die de kinderen krijgen is functioneel (Gunnar, 2001), wat betekent dat de zorg die kinderen ontvangen praktisch is en aandacht op emotioneel gebied ontbreekt. Deze situatie leidt tot achterstanden in de sociale ontwikkeling. Kinderen die opgroeien in een tehuis vertonen minder vaak positieve affectie en vaker negatieve affectie en atypisch sociaal gedrag dan kinderen die niet in een tehuis opgroeien (Smyke et al., 2007).

Alternatief tehuisopvoeding: adoptie

Adoptie is een succesvolle interventie voor kinderen die opgroeien in een tehuis (Van IJzendoorn & Juffer, 2006). De inhaalslag die adoptiekinderen vertonen na adoptie is indrukwekkend. Door de problematische start die adoptiekinderen hebben gehad, valt te stellen dat deze kinderen veerkrachtig zijn en dat adoptie een gunstiger beeld geeft van de ontwikkeling van het kind (Van IJzendoorn et al., 2011).

Hoewel adoptiekinderen een (mogelijke) achterstand hebben in de hoofdomtrek, vertonen ze geen achterstand in de cognitieve ontwikkeling in vergelijking met niet-geadopteerde kinderen. De meta-analyse van Van IJzendoorn et al. (2007) geeft hier twee mogelijke verklaringen voor. Ten eerste is het mogelijk dat wanneer adoptiekinderen voor een langere periode in het adoptiegezin blijven, zij adequate voeding en zorg krijgen waardoor deze achterstanden alsnog verdwijnen. Ten tweede is het mogelijk dat hersengroei en cognitieve ontwikkeling niet lineair aan elkaar verbonden zijn. Dat wil zeggen dat hersengroei en cognitieve ontwikkeling zich onafhankelijk van elkaar ontwikkelen. Deze bevindingen worden onderbouwd in een Leids onderzoek naar adoptiekinderen uit China (Tieman, Gast, & Juffer, 2009), waaruit blijkt dat deze adoptiekinderen niet vaker naar speciaal onderwijs gaan dan Nederlandse kinderen en dat zij, in vergelijking met klasgenoten, vergelijkbaar scoren op het gebied van reken- en taalvaardigheden.

Aansluitend op de overeenkomsten die adoptiekinderen vertonen met niet-geadopteerde kinderen, zijn deze resultaten terug te zien in de mate van externaliserende en internaliserende problemen. Veelal is de verwachting dat adoptiekinderen door hun oorsprong meer problemen vertoonden. Het tegendeel is bewezen in de studie van Tieman et al. (2009). Geadopteerde jongens verschilden niet in de mate van externaliserend en internaliserend probleemgedrag met niet-geadopteerde jongens. Voor geadopteerde meisjes is gevonden dat zij zowel minder externaliserend als internaliserend probleemgedrag vertoonden in vergelijking met niet-geadopteerde kinderen. In een meta-analyse werd aangetoond dat geadopteerde kinderen vaker naar hulpverlenende instanties worden verwezen en vaker psychische problematiek ervoeren dan niet-geadopteerde kinderen. Hierbij moet gezegd worden dat de meeste adoptiekinderen geen psychische problematiek hadden en zich goed hadden aangepast (Juffer & Van IJzendoorn, 2005).

Adoptiekinderen met special needs

De hierboven genoemde resultaten geven aan dat, ondanks de problematische achtergrond en start, de meeste adoptiekinderen in Nederland zich op een vrijwel vergelijkbare manier ontwikkelen als Nederlandse kinderen. Momenteel neemt het aantal interlandelijk adopties in Nederland af. In 2000 is nog een kleine twaalfhonderd kinderen geadopteerd en in 2011 is dit gedaald tot 563 kinderen (CBS, 2013). Deze daling is te verklaren met de afname van het aantal beschikbare kinderen voor interlandelijke adoptie. Dat minder kinderen worden geadopteerd vanuit het buitenland, komt ook door het Haags Adoptieverdrag (Stichting Adoptievoorzieningen, 2013). Dit verdrag streeft ernaar eerst alle kinderen binnen het land van herkomst te plaatsen en alleen als dit niet lukt, de kinderen in het buitenland te laten adopteren. De kinderen die nog wel voor adoptie beschikbaar worden gesteld, hebben steeds vaker een special need. In 2012 had van alle geadopteerde kinderen 57% een special need (Stichting Adoptievoorzieningen, 2013).

In de periode tussen 2000 en 2004 hebben verschillende ziekenhuizen gegevens verzameld over de psychopathologie van adoptiekinderen uit het buitenland. Daaruit is gebleken dat ruim 70% van de kinderen een of meer afwijkingen had. Van deze groep kinderen had 66% extra zorg en aandacht voor hun afwijking nodig omdat deze mogelijk consequenties konden hebben voor de gezondheid op langere termijn (Bontemps et al., 2007).

Door deze verschuiving naar adoptiekinderen met special needs rijst de vraag of adoptiekinderen met special needs zich op dezelfde manier zullen en kunnen ontwikkelen als adoptiekinderen zonder special needs.

Enkele onderzoeken in het buitenland toonden aan dat adoptiekinderen met special needs en adoptiekinderen zonder special needs zich vergelijkbaar ontwikkelden, zoals het onderzoek van Tan, Marfo en Dedrick (2007). Uit dit onderzoek bleek dat adoptiekinderen met special needs op oudere leeftijd worden geadopteerd maar dat zij, in tegenstelling tot wat verwacht wordt, op schoolleeftijd minder internaliserende problemen vertonen dan adoptiekinderen die op jongere leeftijd en zonder special needs worden geadopteerd. Ook zijn bij hen verder geen verschillen gevonden op het gebied van gedragsproblemen. Factoren die bijdroegen aan minder soepele ontwikkelingen waren de leeftijd van plaatsing, tekenen van deprivatie voorafgaand aan de adoptie en ontwikkelingsachterstand, dus niet de special need op zich (Tan et al., 2007).

Een mogelijke verklaring voor deze hierboven genoemde is dat adoptieouders van kinderen met special needs verschillen van adoptieouders van kinderen zonder special needs (Egbert & LaMont, 2004). Wanneer ouders zich slecht voorbereid voelen over het adopteren van het kind, kan dit ervoor zorgen dat het kind zich minder goed ontwikkelt dan een kind van ouders die zich goed voorbereid voelen. Het gevoel van een goede voorbereiding kan verhoogd worden door een adequate begeleiding door adoptieorganisaties, waarbij de ouders worden voorbereid op de komst van het kind en de ontwikkeling en mogelijke valkuilen bij het adopteren en opvoeden van een kind. Ouders krijgen

handvatten waarop zij kunnen teruggrijpen indien zij een problematische periode doorlopen, of zien dat hun kind een afwijkende ontwikkeling vertoont. Wanneer adoptieouders in contact staan met een adoptiestichting die hen ondersteunt en informatie kan verschaffen over de achtergrond van het kind, zijn zij in staat bewuster te worden van mogelijke factoren die kunnen die het welzijn van het adoptiekind kunnen beïnvloeden, waardoor zij eerder interveniëren. Indien deze factoren bekend zijn, is het mogelijk preventief in te grijpen om het kind een zo goed mogelijke kans te kunnen bieden in zijn leven. Adoptiestichtingen hebben de mogelijkheid ouders te voorzien van specifieke voorzieningen beschikbaar voor deze doelgroep, zoals het informeren vooraf de adoptie over special needs en ouders toegang bieden tot zorg (Egbert & LaMont, 2004).

Tegenover deze positieve onderzoeksuitkomsten is ook aangetoond dat adoptiekinderen met special needs tussen 6-16 jaar oud meer externaliserende en internaliserende symptomen hadden dan adoptiekinderen zonder special needs. Zij vertoonden meer agressie en teruggetrokken en geremd gedrag (Rosenthal & Groze, 1991). Deze resultaten zijn mogelijk te verklaren uit het feit dat deze kinderen op het moment van plaatsing tussen 4 en 17 jaar oud waren. Zoals eerder werd vermeld, heeft elke maand in een tehuis negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van het kind, ongeacht de aanwezigheid van special needs. Onderzoek naar special needs kinderen uit China, waarbij ook de CBCL is afgenomen, vertoonde andere resultaten. Hierbij is gevonden dat adoptiekinderen met special needs extra hulp behoeven, maar zich niet anders ontwikkelen dan adoptiekinderen zonder special needs (Tan et al., 2007).

Theoretisch kader

De theorie die in dit scriptieonderzoek centraal staat, is de theorie over protectieve en risicofactoren van Rutter (1979) en Werner (1990). Deze theorie is gebaseerd op cumulatieve van protectie- en risicofactoren. Dit betekent dat hoe meer risicofactoren aanwezig zijn, hoe groter de kans is dat een individu een minder optimale ontwikkeling doorloopt en daarbij mogelijk problemen zal vertonen op diverse gebieden, zoals gedragsproblematiek, sociale- en emotionele problemen en cognitieve problematiek. Wanneer bij een individu meer dan twee risicofactoren aanwezig zijn, is de kans vier keer zo groot dat een individu zal (gaan) lijden aan een stoornis en bij de aanwezigheid van vier risicofactoren is die kans tien keer zo groot. Tegenover risicofactoren staan echter protectieve factoren. Deze factoren kunnen bescherming bieden tegen de negatieve uitkomsten van een risicofactor (Rutter, 1979).

Wanneer bepaalde risicofactoren aanwezig zijn in het leven van een individu kan dit invloed hebben op de verdere ontwikkeling. Zoals verwoord door Masten en Cicchetti (2010, p.491): “Developmental cascades refer to the cumulative consequences for development of the many interactions and transactions occurring in developing systems that result in spreading effects across levels, among domains at the same level, and across different systems or generations”, is het mogelijk dat een ontwikkelingsachterstand op één gebied bijdraagt aan (de versterking van)

ontwikkelingsachterstanden op andere domeinen. Na aanleiding van dit onderzoek kunnen hopelijk aanbevelingen worden gedaan om ontwikkelingsachterstanden tijdig op te sporen om de cascade van problemen te voorkomen.

Wanneer deze theorie wordt toegepast op adoptiekinderen met special needs, vertoont deze groep enkele risicofactoren, zoals de separatie van hun biologische moeder, het verblijf in een tehuis, de frequente wisselingen van verzorger en de special needs. Adoptie in een Nederlands gezin biedt echter diverse protectieve factoren die de consequenties van de risicofactoren mogelijk verminderen. Adoptieouders hebben vaker een relatief hoge sociaal-economische status (Stams, Juffer, & Hoksbergen, 2000; een protectieve factor; Werner, 1990), met als gevolg dat kinderen toegang kunnen krijgen tot meer voorzieningen. Ook biedt de adoptie een stabiel gezinsleven, waardoor het kind beschermd wordt tegen de vele risico's en wisselingen die anders in het tehuis hadden plaatsgevonden. Wanneer kinderen in een tehuis blijven, worden kinderen blootgesteld aan het negatieve klimaat en zet de cascade van problemen voort.

Belang van deze studie

Door de verschuiving naar het adopteren van kinderen met special needs, is het noodzakelijk dat deze adoptiekinderen en hun ouders voorzien worden van passende ondersteuning in Nederland. In dit onderzoek zijn de specifieke behoeften van (ouders met) adoptiekinderen met special needs uit Taiwan onderzocht. Vanuit wetenschappelijk belang is kennis essentieel, zonder onderzoek zijn geen uitspraken te doen over bepaalde doelgroepen. Maatschappelijk gezien is het van belang de ontwikkeling van elk kind, ook een kind met special needs, optimaal te laten verlopen, waarbij onderzoek noodzakelijk is.

Hoofdvraag en hypothesen

Over het adopteren van kinderen met special needs naar Nederland is in Nederland geen onderzoek gedaan en in het buitenland is dit zeer beperkt verricht. Hierboven is beschreven dat adoptieouders en adoptiekinderen, die goed voorbereid zijn op de adoptie en na de adoptie weten waar zij terecht kunnen bij eventuele problemen, een vergelijkbare ontwikkeling kunnen doorlopen als adoptiekinderen zonder special needs. Dit scriptieonderzoek heeft als doel de hulpbehoeften van adoptiekinderen met special needs en adoptiekinderen zonder special needs te vergelijken met de volgende vraag: Verschillen de hulpbehoeften van adoptiekinderen met special needs uit Taiwan met die van adoptiekinderen zonder special needs uit Taiwan? Ook wordt, met behulp van de data uit het onderzoek van Tieman et al. (2009) onderzocht of hulpbehoeften van adoptiekinderen uit Taiwan met special needs verschillen van adoptiekinderen uit China met special needs. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is deze onderverdeeld in een aantal deelvragen:

1. Welke special needs hebben adoptiekinderen?
2. Verschillen adoptiekinderen met en adoptiekinderen zonder special need van elkaar op het gebied van gezondheid bij overdracht?
3. Verschillen adoptiekinderen met en adoptiekinderen zonder special needs van elkaar in ontwikkelingsachterstanden op het moment van plaatsing en op het moment van het onderzoek?
4. Hoe ervaren adoptieouders het belang van voorzieningen en verschillen adoptieouders van kinderen met special needs van adoptieouders van kinderen zonder special needs hierin?
5. Verschillen adoptieouders van kinderen met special needs in het gebruik van voorzieningen van adoptieouders van kinderen zonder special needs?
6. Gebruiken adoptiekinderen en/of adoptieouders van kinderen met special needs vaker (preventieve) opvoedingsondersteuning, hulpverlening of andere vormen van zorg dan adoptiekinderen en/of adoptieouders zonder special needs?
7. Verschillen adoptiekinderen met special needs uit Taiwan in de hierboven omschreven vragen van adoptiekinderen met special needs uit China?

Verwacht wordt dat adoptiekinderen met special needs vaker een achterstand in de ontwikkeling hebben dan adoptiekinderen zonder special needs. Daarbij zullen adoptieouders en adoptiekinderen met special needs vaker gebruikmaken van diverse ondersteunende voorzieningen dan adoptieouders en adoptiekinderen zonder special needs. Wanneer adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en China met elkaar worden vergeleken, zijn meer overeenkomsten dan verschillen te verwachten. Het is wel mogelijk dat zij andere hulpbehoeften hebben, door verschillen in soorten special needs.

Methode

Procedure

Vanwege een toename van het aantal adoptiekinderen met special needs heeft Stichting Meiling gevraagd om een verkennend onderzoek uit te voeren naar de ontwikkeling van adoptiekinderen uit Taiwan met special needs. Deze stichting bemiddelt bij interlandelijke adoptie tussen het land van oorsprong en de aanstaande adoptieouders.

Deelnemers aan het onderzoek zijn geworven via het adressenbestand van Stichting Meiling en geselecteerd indien zij een adoptiekind uit Taiwan hadden met een leeftijd tussen 4 en 18 jaar oud. In totaal zijn 542 gezinnen benaderd, waarvan 217 hebben gereageerd (respons 40%). Deze gezinnen hebben over 310 geadopteerde kinderen uit Taiwan gegevens verstrekt door middel van een digitale of papieren vragenlijst. De ouders namen vrijwillig deel aan het onderzoek en de gegevens bleven anoniem.

Statistische analyses

De analyses zijn uitgevoerd met SPSS 20. Voor aanvang van de toetsen is gecontroleerd op missende waarden. Omdat minder dan 5% van de variabelen een missende waarde hadden, werd er geen verdere actie ondernomen.

De chi-kwadraat-test was de voornaamste toets die in dit scriptieonderzoek is gebruikt. Deze toets wordt gebruikt wanneer sprake is van categorische variabelen, zoals wel/geen special need en wel/geen ontwikkelingsachterstand. Wanneer sprake is van een significant verschil, is de waarde van p kleiner dan .05.

Als een significant verschil werd gevonden bij de categorische variabelen met twee antwoordmogelijkheden, is de odds ratio berekend. Deze ratio geeft de kans weer dat de twee groepen van elkaar verschillen.

Wanneer sprake was van meerdere antwoordmogelijkheden bij een categorie en een significant verschil, was met Comparisons of Column Proportions berekend op welke categorieën een verschil werd gevonden.

Deelnemers aan het onderzoek

De adoptieouders van kinderen uit Taiwan

De volgende informatie betreft de individuen die de vragenlijst hebben ingevuld. De deelnemers zijn 217 ouders van 310 geadopteerde kinderen uit Taiwan. De ouders waren, op het tijdstip van het onderzoek, gemiddeld 44.4 jaar oud ($SD = 6.1$ jaar; range: 31-62). De respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld, waren 188 adoptiemoeders (86%) en 28 (14%) adoptievaders. De gemiddelde leeftijd van de ouders toen het adoptiekind in het gezin kwam was 33.9 jaar ($SD = 3.5$; range 27-43).

Van deze ouders waren 200 (92%) ouders getrouwd met dezelfde partner als bij de komst van het adoptiekind, 9 ouders (4%) waren getrouwd met een andere partner, 4 (2%) ouders waren gescheiden, 2 (1%) waren samenwonend en 2 (1%) ouders gaven aan een andere burgerlijke staat te hebben.

Van de ouders hadden 27 ouders (12%) beroepsonderwijs of gedeeltelijk voorgezet onderwijs als hoogst genoten opleiding, 112 ouders (52%) hadden voorgezet onderwijs als hoogst genoten opleiding, 52 ouders (24%) hadden hoger onderwijs eerste trap als hoogst genoten opleiding en 26 ouders (12%) hadden hoger onderwijs tweede trap als hoogst genoten opleiding.

De huidige werkstatus van de ouders was als volgt: 140 (65%) werkten in loondienst, 27 (12%) werkten als zelfstandige, 6 (3%) als vrijwilliger en 44 (20%) hadden geen werk. De werkende ouders die werkten gemiddeld 17.6 uur per week ($SD = 13.9$; range 0-60).

Het grootste deel van de ouders gaf aan de zorg van het kind samen met hun partner te delen. In totaal gaven 138 ouders (64%) aan het meeste van deze zorg op zich te nemen en bij 23 ouders (11%) werd de zorg meer door de partner gedaan dan door de ouder die de vragenlijst invulde. Bij 26

ouders (12%) was de zorg gelijk verdeeld over de ouders. Voor 20 (9%) ouders gold dat zij de zorg alleen op zich nemen en bij 10 (4%) ouders was het zo dat zij een andere zorgvorm voor hun kinderen hadden. Bij dit laatste kon worden gedacht aan het feit dat de kinderen inmiddels op zichzelf woonden, maar ook aan het wonen op een zorgboerderij, waar hulpverlenende instanties de zorg (gedeeltelijk) overnamen.

De adoptiekinderen uit Taiwan

In totaal zijn gegevens verzameld van 310 adoptiekinderen uit Taiwan. Deze adoptiekinderen zijn onverdeeld in twee categorieën: adoptiekinderen met special needs en adoptiekinderen zonder special needs. Deze indeling wordt op p. 15 verder toegelicht.

De groep adoptiekinderen met special needs bestond uit 131 kinderen: 68 jongens en 63 meisjes. Gemiddeld was deze groep met kinderen op hun 11^e maand naar Nederland gekomen ($SD = 12.1$). Op het moment van het onderzoek was de gemiddelde leeftijd 11.8 jaar oud ($SD = 4.8$).

De groep adoptiekinderen zonder special needs bestond uit 179 kinderen: 83 jongens en 96 meisjes. De gemiddelde leeftijd van aankomst was 9.3 maanden ($SD = 10.6$) en op het moment van het onderzoek was de gemiddelde leeftijd 11.0 ($SD = 4.3$). De adoptiekinderen met special needs waren significant ouder dan adoptiekinderen zonder special needs ($p = .01$).

De vergelijkingsgroep: Chinese adoptiekinderen met een special need

De adoptiekinderen met special needs uit Taiwan zijn ook vergeleken met adoptiekinderen met special needs uit China. De data waren afkomstig van het Chinese adoptieonderzoek van Tieman et al. (2009). De oorspronkelijke groep bestond uit 1233 adoptiekinderen, van wie 189 een special need hadden bij de overdracht.

De vergelijkingsgroep was een groep van 189 geadopteerde kinderen met special needs uit China. Deze adoptiekinderen waren gemiddeld 23 maanden wanneer zij werden geadopteerd naar Nederland. Op het moment van dat onderzoek waren de adoptiekinderen met special needs 7.6 jaar oud ($SD = 2.9$).

De ouders van deze kinderen waren op het moment van het onderzoek gemiddeld 44.4 jaar oud ($SD = 4.6$) en op het moment van aankomst van het kind 38.4 jaar ($SD = 4.1$). Van 188 ouders waren 177 (94%) ouders getrouwd met dezelfde partner als bij de komst van het adoptiekind, 1 ouder (0.5%) was getrouwd met een andere partner, 2 (1%) ouders waren gescheiden, 3 (2%) waren samenwonend, 3 (2%) ouders waren alleenstaand, 1 was weduwe/weduwnaar (0.5%) en 1 (0.5 %) ouder gaf aan een andere burgerlijke staat te hebben. Eén van de ouders had geen informatie gegeven over de burgerlijke staat.

Ongeveer de helft van de ouders had als hoogst genoten onderwijs 1^e of 2^e trap gevolgd, bij 62 ouders (33%) was dit voortgezet onderwijs en 33 ouders (18%) hadden lager beroepsonderwijs of een deel van voortgezet onderwijs als hoogst genoten opleiding. Ruim 60% van de ouders had een baan, in

loondienst, als zelfstandige of als vrijwilliger. De resterende 30% werkte niet. De werkende ouders werkten gemiddeld 14.6 uur per week ($SD = 12.5$).

Bij 22 ouders (12%) was de zorg voor het kind gelijk verdeeld. Bij 135 ouders (71%) werd het grootste deel van de zorg van het adoptiekind door de ouder gedaan die de vragenlijst had ingevuld. Bij 8 ouders (4%) is dit andersom: ouders die de vragenlijst hadden ingevuld gaven aan minder voor het kind te zorgen dan de andere ouder. Bij 21 (11%) ouders werd de zorg door alleen de ouder gedaan die de vragenlijst had ingevuld. Van 3 (1%) ouders waren geen gegevens bekend.

De special needs van de kinderen waren, in dit onderzoek, onderverdeeld in fysieke, blind/visuele en slechthorende special needs. Van de kinderen hadden 47 kinderen (25%) een fysieke beperking, hadden 6 kinderen (3%) een visuele handicap en hadden 13 kinderen een handicap waarbij zij slechthorend of doof zijn. In totaal hadden 12 kinderen een verstandelijke beperking, van wie 8 (4%) licht, 2 matig (1%) en 2 zwaar (1%). Op vijf kinderen na gingen alle kinderen naar school. Van alle kinderen gingen 17 kinderen (9%) naar het speciaal onderwijs.

Meetinstrumenten

De data van het onderzoek naar de special needs van adoptiekinderen uit Taiwan waren verzameld via een digitale vragenlijst. Qua opbouw kwam de vragenlijst voor een deel overeen met het onderzoek van Tieman et al. (2009), dat verricht was naar adoptiekinderen uit China, waarbij sommige delen van deze studie betrekking hadden op het voorkomen van special needs bij adoptiekinderen. Het huidige scriptieonderzoek heeft als doel om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van adoptiekinderen met special needs.

De vragenlijst was opgebouwd uit meerdere gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals de Child Behavior Check List (CBCL), de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS) en de Behavioral Emotional Rating Scale (BERS). De CBCL is (Achenbach et al., 2008) een vragenlijst over gedragingen en emoties van het kind. De vragenlijst geeft inzicht in de internaliserende en externaliserende symptomen van het kind die mogelijk duiden op probleemgedrag. De SDQ (Goedhart, Treffers, & Widenfelt 2003) is een vragenlijst die de aanwezigheid van (psycho)sociale problemen, de problemen die het kind van deze problemen in het dagelijkse leven ervaart en de sterke kanten van het kind meet. Het doel is kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De NVOS (Wels & Robbroeckx, 1993) wordt gebruikt om de subjectieve gezinsbelasting van ouders door kinderen te meten door middel van een vragenlijst. Tot slot hebben de vragen van de BERS (Epstein, Harniss, Pearson & Ryser, 1999) betrekking op de inter- en intrapersoonlijke competenties van het kind, de betrokkenheid bij het gezin, het functioneren op school en de gevoelscompetenties.

Voor dit scriptieonderzoek werden de vragen gebruikt waarbij special needs (en aspecten hiervan) centraal stonden. Ten eerste werd gevraagd naar de gezondheidsontwikkeling van het kind. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen het wel of niet hebben van een kind met special needs.

Gevraagd werd naar de aard van de special need en de informatie die adoptieouders hadden gekregen over de special need en gezondheid van het kind, de juistheid van deze informatie, het al dan niet bewust kiezen voor een kind met special needs, mogelijke medische ingrepen aan special needs in Taiwan, de verwachtingen die ouders hadden van de invloed van een special need op het gezinsleven, de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties, de medische zorg in Nederland (operaties, ziekenhuisopname, therapie en toekomstige behandelingen), de invloed op het leven van de ouder en het mogelijk opnieuw kiezen voor een kind met special needs. Hierna volgden vragen met betrekking tot de specificatie van special needs - die later besproken zullen worden - en ook ontwikkelingsachterstanden die kinderen mogelijk hadden gehad bij de plaatsing en/of op het tijdstip van het onderzoek.

Ook werd gevraagd naar preventieve opvoedingsondersteuning en hulpverlening. Ouders werd gevraagd informatie te verschaffen over het contact dat zij hebben gehad met diverse hulpverlenende instanties, zorgverzekeringen en andere adoptieouders.

Resultaten

Beschrijving van special needs

Voor dit onderzoek werd een nieuwe indeling gemaakt van de special needs. Een eerdere indeling was afkomstig van de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV). Deze was echter zeer breed en speciaal voor dit onderzoek werd de Leidse Indeling van Special Needs gemaakt. In de Leidse Indeling van special needs worden de special needs uitgebreider gespecificeerd dan in andere onderzoek, zoals in Tabel 1 te zien is.

De eerste categorie betrof special needs waarbij sprake was van een verhoogd medisch risico. Zoals in Tabel 1 is te zien, was prematuriteit een veel voorkomende special need. Bij een verhoogd medisch risico ging het om de mogelijke gevolgen van ondervoeding of een besmettelijke infectieziekte, zoals hepatitis B.

Bij de tweede categorie was de special need omschreven als een probleem dat te verhelpen was met drie of minder (te verwachten) operaties. In deze categorie werd onderscheid gemaakt tussen hartoperaties en overige operaties. Bij de laatste categorie ging het bijvoorbeeld over het verwijderen van extra vingers of operaties aan een klompvoetje.

De derde categorie bevatte special needs waarbij sprake is van een operabel probleem (meer dan drie operaties) met daarbij therapie- of revalidatiebehoeften, zoals een schisis.

De vierde categorie bevatte special needs die blijvend zijn. Voor dit onderzoek is deze categorie verder uitgesplitst in verschillende aandoeningen: gehoor- en oogproblemen, orthopedische problemen, ernstige huidaandoeningen/allergieën of astma, bloedaandoeningen, neurologische afwijkingen, Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) en vervroegde puberteit. Zoals te zien is in Tabel 1, is dit de categorie met de meeste gevallen.

De laatste categorie betrof kinderen die een belastende achtergrond hadden, zoals kinderen die tijdens de zwangerschap blootgesteld waren aan verdovende middelen en/of alcohol.

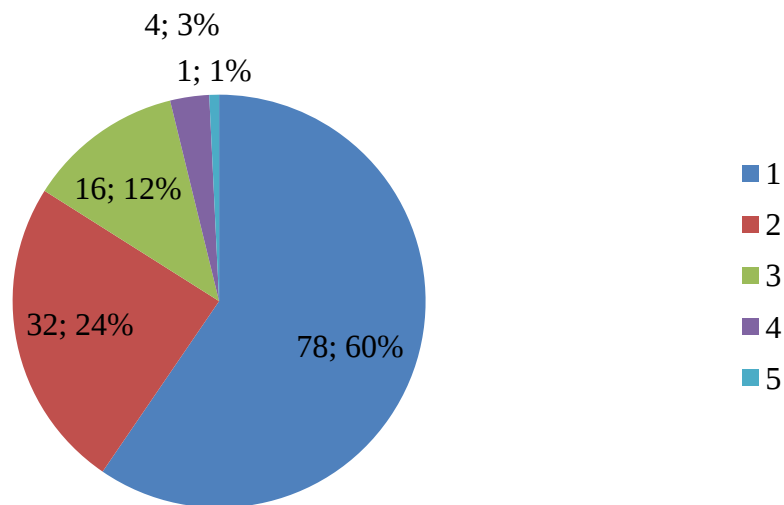
Tabel 1: *Leidse indeling special needs*¹

Special need	Aantal
Verhoogd medisch risico	59
Prematuur	45
Verhoogd medisch risico	8
Besmettelijke infectieziekten	6
Operabel probleem: 3 of minder operaties	22
Hartoperaties	10
Overige operaties	12
Operabel probleem plus therapie of revalidatiebehoefte	16
Schisis	11
Overige	5
Blijvende aandoening	112
Gehoorproblemen	11
Oogproblemen	21
Orthopedische problemen	18
Ernstige huidproblemen, astma en/of allergieën	27
Bloedaandoening	2
Orgaanafwijking	20
Neurologische afwijkingen	8
Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)	1
Vervroegde puberteit	4
Belastende achtergrond	12
Blootstelling aan verdovende middelen	12

¹ Adoptiekinderen kunnen meer dan één special need hebben

In totaal waren 221 special needs bij de 131 adoptiekinderen met special needs aanwezig. Dit betekent dat sommige adoptiekinderen meer dan één special need hadden. In Figuur 1 is te zien, dat 40% van de kinderen meer dan één special need heeft.

Figuur 1: Aantal special needs per adoptiekind met special needs



Verstandelijke beperking

Adoptiekinderen met een special need hadden vaker een verstandelijke beperking dan adoptiekinderen zonder special need ($\chi^2 (3, N = 310) = 19.2, p < .001$). Van de adoptiekinderen zonder special needs hadden 168 (94%) geen verstandelijke beperking, 8 (5%) een lichte verstandelijke beperking, 3 (2%) een matige verstandelijke beperking en geen enkel kind had een zware verstandelijke beperking. Van de adoptiekinderen met special needs hadden 103 (78%) kinderen geen verstandelijke beperking, 12 (9%) een lichte verstandelijke beperking, 10 (8%) een matige verstandelijke beperking en 6 (5%) een zware verstandelijke beperking.

Gezondheid bij overdracht van adoptiekinderen uit Taiwan

Bij de overdracht verschilden de adoptiekinderen met en zonder special needs in hun gezondheid ($\chi^2 (3, N = 310) = 69.88, p < .001$; zie ook Tabel 2). Adoptiekinderen met special needs waren minder vaak in een goede algemene gezondheid dan adoptiekinderen zonder special needs. Ook hadden zij vaker niet-verwachte lichte gezondheidsproblemen en verwachte gezondheidsproblemen. Over niet-verwachte ernstige gezondheidsproblemen kon geen berekening worden gedaan omdat niet-verwachte ernstige gezondheidsproblemen bij adoptiekinderen zonder special needs niet voorkwamen. Wel was te zien dat 9 adoptiekinderen met special needs vaker ernstige niet-verwachte gezondheidsproblemen hadden en dat bij adoptiekinderen zonder special needs geen ernstige niet-verwachte gezondheidsproblemen voorkwamen. Zie bijlage voor onverwachte gezondheidsproblemen.

Tabel 2: Gezondheid bij overdracht van adoptiekinderen uit Taiwan met en zonder special needs; aantal (%)

Gezondheid bij overdracht	Special needs (N = 131)	Geen special needs (N = 179)
Goede algemene gezondheid	72 (55) ^{1*}	168 (94)
Niet-verwachte lichte gezondheidsproblemen	17 (13)*	8 (4)
Niet-verwachte ernstige gezondheidsproblemen	9 (7)	0 (0)
Verwachte gezondheidsproblemen	33 (25)*	3 (2)

* $p < 0.05$

Ontwikkelingsachterstand bij plaatsing van adoptiekinderen uit Taiwan

Uit Tabel 3 is af te lezen dat adoptiekinderen met een special need op het moment van plaatsing vaker een achterstand hadden dan adoptiekinderen zonder special needs op de volgende ontwikkelingsdomeinen: fijne motoriek, grove motoriek, taalontwikkeling, sociale ontwikkeling, niet zindelijk zijn, zichzelf slaan, altijd bang of angstig, te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden en te weinig reageren op stimulatie of pijn.

Adoptiekinderen met en zonder special needs verschilden niet van elkaar in de ontwikkelingsdomeinen bedplassen, heen en weer bewegen van hoofd en/of lichaam, ontroostbaar zijn wanneer overstuurd en te actief of te weinig actief voor de leeftijd.

De kans dat kinderen met special needs een achterstand vertoonden in vergelijking met adoptiekinderen zonder special needs, is tussen 2 en 9.9 keer zo groot. In Tabel 4 staan voor de gevonden verschillen de kansen weergegeven dat adoptiekinderen met special needs een ontwikkelingsachterstand vertoonden ten opzichte van adoptiekinderen zonder special needs. Concreet betekende dit dat adoptiekinderen met special needs een 9.9 keer zo grote kans hadden op een achterstand in de fijne motoriek dan adoptiekinderen zonder special needs op het moment van plaatsing.

Tabel 3: *Ontwikkelingsachterstand bij plaatsing van adoptiekinderen uit Taiwan; aantal (%)*

Ontwikkelingsachterstand bij plaatsing	Special needs		X_2	p
	Geen ($N = 179$)	Wel ($N = 131$)		
Fijne motoriek	5 (3)	29 (22)	28.99	.001
Grove motoriek	6 (3)	33 (25)	32.80	.001
Taalontwikkeling	9 (5)	33 (25)	26.26	.001
Sociale ontwikkeling	5 (3)	27 (21)	25.94	.001
Bedplassen	13 (7)	16 (12)	2.19	.14
Niet-zindelijk zijn	18 (10)	24 (18)	4.4	.04
Zichzelf slaan	2 (1)	9 (7)	7.3	.007
Heen en weer bewegen hoofd/lichaam	8 (5)	8 (6)	.41	.52
Altijd bang of angstig	10 (6)	22 (17)	10.26	.001
Ontroostbaar wanneer overstuurt	18 (10)	15 (12)	.16	.69
Te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden	6 (3)	16 (12)	9.01	.003
Te weinig reageren op stimulatie of pijn	4 (2)	16 (12)	12.48	.001
Te actief voor de leeftijd	4 (2)	6 (5)	1.33	.25
Te weinig actief voor de leeftijd	3 (2)	4 (3)	.65	.42

Tabel 4: *Verhoogde kans op ontwikkelingsachterstand bij plaatsing van adoptiekinderen met special needs ten opzichte van adoptiekinderen zonder special needs*

Ontwikkelingsachterstand	Odds ratio
Fijne motoriek	9.9
Grove motoriek	9.7
Taalontwikkeling	6.4
Sociale ontwikkeling	9.0
Niet-zindelijk zijn	2.0
Zichzelf slaan	6.5
Altijd bang of angstig	3.4
Te heftig reageren op aanraking, beweging, beelden of geluiden	4.0
Te weinig reageren op stimulatie of pijn	6.1

Ontwikkelingsachterstanden op het moment van onderzoek: adoptie kinderen met en zonder special needs uit Taiwan

In Tabel 5 is te zien dat adoptiekinderen met special needs op het moment van het onderzoek op verschillende gebieden vaker een ontwikkelingsachterstand hadden dan adoptiekinderen zonder special needs. Adoptiekinderen met special needs vertoonden vaker een achterstand in de fijne motoriek, de grove motoriek, de taalontwikkeling, de sociale ontwikkeling en zij reageerden vaker heftig op aanraking, beelden of geluiden en ze reageerden te weinig op stimulatie of pijn.

Voor de significante verschillen is de kans berekend dat adoptiekinderen met special needs een ontwikkelingsachterstand hadden in vergelijking met adoptiekinderen zonder special needs. De verhoogde kans dat zij de hierboven genoemde ontwikkelingsachterstand hadden is tussen 2.8 en 3.6, met een uitschieter van 6.5. Deze laatste kan mogelijk verklaard worden door het feit dat weinig adoptiekinderen op dit ontwikkelingsdomein een achterstand hadden. Voor een overzicht van deze verhoogde kansen, zie Tabel 6.

Adoptiekinderen met en zonder special needs verschilden niet van elkaar in de volgende ontwikkelingsdomeinen op het moment van het onderzoek: bedplassen, niet-zindelijk zijn, zichzelf slaan, heen en weer bewegen van hoofd en/of lichaam, ontroostbaarheid, te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden, te weinig reageren op stimulatie of pijn, te actief voor de leeftijd of juist te weinig actief voor de leeftijd. Zie ook de bijlage voor opmerkingen van ouders over ontwikkelingsachterstanden.

Tabel 5: *Huidige ontwikkelingsachterstanden van adoptiekinderen uit Taiwan; aantal (%)*

Ontwikkelingsachterstand op moment van het onderzoek	Special needs		X_2	p
	Geen ($N = 179$)	Wel ($N = 131$)		
Fijne motoriek	9 (5)	21 (16)	24.95	.001
Grove motoriek	9 (5)	19 (15)	8.3	.004
Taalontwikkeling	8 (5)	26 (20)	18.32	.001
Sociale ontwikkeling	16 (9)	28 (21)	9.61	.002
Bedplassen	7 (4)	12 (9)	3.62	.057
Niet-zindelijk zijn	3 (2)	7 (5)	3.26	.07
Zichzelf slaan	0 (0)	2 (2)	2.75	.10
Heen en weer bewegen hoofd/lichaam	4 (2)	4 (3)	.20	.65
Altijd bang of angstig	11 (6)	9 (7)	.07	.80
Ontroostbaar wanneer overstuurt	6 (3)	6 (5)	.31	.58
Te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden	5 (3)	11 (8)	4.85	.03
Te weinig reageren op stimulatie of pijn	2 (1)	9 (7)	7.32	.007
Te actief voor de leeftijd	8 (5)	10 (8)	1.39	.24
Te weinig actief voor de leeftijd	4 (2)	5 (4)	.67	.41

Tabel 6: *Kans op ontwikkelingsachterstand op moment van onderzoek van adoptiekinderen met special needs ten opzichte van adoptiekinderen zonder special needs*

Ontwikkelingsachterstand	Odds ratio
Fijne motoriek	3.6
Grove motoriek	3.2
Taalontwikkeling	5.3
Sociale ontwikkeling	2.8
Te heftig reageren op aanraking, beweging of geluiden	3.2
Te weinig reageren op stimulatie of pijn	6.5

Belang van voorzieningen: special needs en geen special needs uit Taiwan (zie ook bijlage)

Op de vraag naar het belang van bepaalde voorzieningen, verschilden adoptieouders van adoptiekinderen met en zonder special needs niet van mening over de volgende voorzieningen: informatie over adoptiekinderen, informatie over hulp bij het vinden van voorzieningen, gezondheidszorg, ondersteuning rond school/onderwijs, voorlichting en adviezen en tijdelijk hulp en opvang. De adoptieouders verschilden wel van mening over het belang van contact met andere adoptiegezinnen: ouders van adoptiekinderen met special needs hechtten minder belang aan contact met andere adoptieouders dan adoptieouders van kinderen zonder special needs ($\chi^2(3, N = 310) = 8.62, p = .035$). Van de 131 adoptieouders van kinderen met special needs gaven 8 ouders (6%) contact met andere adoptiegezinnen niet belangrijk te vinden en van de 179 adoptieouders van kinderen zonder special needs waren dit 2 ouders (1%). Deze bevindingen waren mogelijk significant doordat de groepen te klein waren.

Hoewel adoptieouders van kinderen zonder special needs slechts op één voorziening verschilden van mening, maakten ouders van adoptiekinderen met special needs vaker gebruik van het zoeken naar informatie over voorzieningen, gezondheidszorg en ondersteuning rondom school en/of onderwijs. Zij maakten niet vaker gebruik van informatie over adoptiekinderen, voorlichting en adviezen voor ouders, tijdelijke hulp en opvang en hadden niet vaker contact met andere adoptiegezinnen (zie Tabel 7). In de bijlage is te lezen hoe adoptieouders het gebruik van deze voorzieningen ervaren.

Tabel 7: *Gebruik van voorzieningen van adoptiekinderen uit Taiwan; aantal (%)*

Gebruik van voorzieningen	Special needs		X_2	p
	Nee ($N = 179$)	Ja ($N = 131$)		
Informatievoorzieningen over adoptie(kinderen)	126 (70)	98 (75)	.74	.39
Informatie over/hulp vinden van voorzieningen	38 (21)	53 (41)	13.49	< 0.01
Gezondheidszorg	71 (40)	79 (60)	12.9	< 0.01
Ondersteuning rondom school/onderwijs	33 (18)	59 (45)	25.7	<0.01
Voorlichting en adviezen voor ouders	78 (44)	64 (49)	.85	.36
Tijdelijke hulp en opvang	17 (10)	21 (16)	3.0	.08
Contact met andere adoptiegezinnen	101 (56)	74 (56)	0.01	.99

Fysiotherapie, logopedie en remedial teaching

Adoptiekinderen met special needs hadden vaker hulp of extra ondersteuning gekregen in de vorm van fysiotherapie, logopedie en remedial teaching. Zie ook Tabel 8.

Onderwijs

Van alle 310 adoptiekinderen gingen 298 naar het basis- of voorgezet onderwijs. De overige 21 kinderen volgden geen onderwijs meer of volgden een andere manier van onderwijs. Adoptiekinderen met special needs gingen vaker naar speciaal onderwijs (25 kinderen; 19%) of hadden vaker aanpassingen op school nodig (15 kinderen; 11%) dan adoptiekinderen zonder special needs. De aanpassingen die de adoptiekinderen nodig hadden, staan weergegeven in de bijlage. Van de adoptiekinderen zonder special needs gingen 8 kinderen naar het speciaal onderwijs (5 %) en hadden 7 kinderen (4%) extra aanpassingen op school nodig. Zie ook Tabel 8.

Begeleiding, hulpverlening en adoptieorganisaties

Adoptiekinderen met en zonder special needs verschilden niet in het gebruik van (preventieve) begeleiding. Adoptiekinderen met special needs werden vaker doorverwezen naar een Riagg, een Bureau Jeugd/hulpverlening of een dergelijke instantie. Van de adoptiekinderen met special needs zijn

35 (27%) kinderen ooit doorwezen naar hulpverlenende instanties en bij adoptiekinderen zonder special needs waren dit 27 kinderen (15%). Adoptiekinderen uit Taiwan verschilden niet in het hebben van (informele) opvang om het gezin te ontlasten. Sinds de plaatsing van het adoptiekind verschilden adoptieouders van kinderen met en adoptieouders van kinderen zonder special needs niet van elkaar in het contact zoeken met een adoptiestichting. Hierbij dient gezegd dat de contactfrequentie relatief hoog ligt: 58 adoptieouders van kinderen met special needs (44%) en 61 adoptieouders van kinderen zonder special needs (34%) hebben contact gehad met Stichting Meiling. Zie ook Tabel 8 en de bijlage over de ervaringen met het contact van verschillende instanties.

Tabel 8: *Het gebruik van hulpverlenende voorzieningen van adoptiekinderen uit Taiwan met en zonder special needs (N = 310); aantal (%)*

Gebruik van hulpverlenende instanties/ voorzieningen	Special needs		X_2	p
	Nee (N = 179)	Ja (N = 131)		
Fysiotherapie	24 (13)	43 (33)	16.83	< 0.01
Logopedie	38 (21)	55 (42)	15.50	< 0.01
Remedial teaching	17 (10)	35 (27)	12.9	< 0.01
Speciaal onderwijs	8 (5)	25 (19)	25.8	<0.01
Extra aanpassingen op school	7 (4)	15 (12)	25.8	<0.01
Preventieve begeleiding	46 (26)	37 (28)	0.25	.62
Doorverwijzing hulpverlening	27 (15)	35 (27)	6.4	.011
Informele hulp	37 (21)	34 (26)	1.20	.27
Contact adoptiestichting	61 (44)	58 (44)	3.33	.07

Financiële zaken

Ouders van adoptiekinderen met special needs deden vaker een beroep op de zorgverzekering dan ouders van adoptiekinderen zonder special needs, zowel continu als tijdelijk. Adoptieouders van kinderen met special needs gaven aan dit bij 23 kinderen (18%) te doen op tijdelijke basis en altijd bij 37 kinderen (28%), ouders van adoptiekinderen zonder special needs deden dit bij 16 kinderen (9%) tijdelijk en bij 14 kinderen (8%) altijd. Ook sprongen ouders van adoptiekinderen met special needs vaker zelf financieel bij om hun kind medisch of psychisch een goede kans te bieden. Dit gold op tijdelijke en continue basis. Het persoonsgebonden budget (PGB) werd vaker verstrekt aan adoptiekinderen met special needs dan aan adoptiekinderen zonder special needs. Van de

adoptiekinderen met special needs kregen 24 (18%) een PGB en van de adoptiekinderen zonder special needs kregen 7 (4%) een PGB. Zie ook Tabel 9.

Tabel 9: *Het gebruik van zorgverzekering en de frequentie dat ouders financieel bijspringen om hun kind lichamelijk en/of psychisch te ondersteunen; aantal (%)*

Zorgverzekering en financiële situatie	Special needs		χ^2	p
	Nee ($N = 179$)	Ja ($N = 131$)		
Zorgverzekering			33.60	< 0.01
Tijdelijk	16 (9)	23 (18)	15.50	
Continu	14 (8)	37 (28)	12.9	
Financiële bijdrage van ouders			10.25	.017
Tijdelijk	11 (6)	17 (13)	25.8	
Continu	6 (3)	12 (9)	0.25	
PGB	7 (4)	24 (18)	6.4	.011

Adoptiekinderen uit Taiwan en China met special needs bij overdracht

De hieronder beschreven resultaten gaan over de vergelijking tussen adoptiekinderen uit Taiwan en China van wie de ouders hadden aangegeven dat zij een special need hebben bij de overdracht. Van adoptiekinderen uit Taiwan waren dit 80 kinderen en van adoptiekinderen uit China waren dit 189 kinderen.

Gezondheid bij overdracht van adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en China

Bij overdracht verschilden adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en die uit China van elkaar in gezondheid ($\chi^2 (3, N = 310) = 23.52, p < .001$). Adoptiekinderen uit Taiwan met special needs hadden minder vaak onverwachte lichte en ernstige gezondheidsproblemen dan adoptiekinderen uit China met special needs. Daarentegen hadden zij vaker verwachte gezondheidsproblemen en werden geen verschillen gevonden betreffende het hebben van een goede algemene gezondheid. Zie ook Tabel 10.

Tabel 10: *Gezondheid bij overdracht van special needs adoptiekinderen uit Taiwan en China; aantal (%)*

Gezondheid bij overdracht	Taiwan (N = 80)	China (N = 174)
Goede algemene gezondheid	40 (50)	128 (51)
Niet-verwachte lichte gezondheidsproblemen	6 (8)*	37 (21)
Niet-verwachte ernstige gezondheidsproblemen	4 (5)*	24 (14)
Verwachte gezondheidsproblemen	30 (37)*	25 (14)

* $p < 0.05$

Ontwikkelingsachterstanden

Wanneer ouders gevraagd werd naar de ontwikkelingsachterstanden op het moment van plaatsing, werden geen verschillen gevonden in de frequentie van ontwikkelingsachterstanden tussen adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en die uit China (zie Tabel 11).

Tabel 11: *Ontwikkelingsachterstanden op het moment van plaatsing van adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en uit China; aantal (%)*

Ontwikkelingsachterstand bij plaatsing	Special Needs		X_2	p
	Taiwan ($N = 80$)	China ($N = 189$)		
Fijne motoriek	14 (18)	37 (20)	.16	.69
Grove motoriek	19 (24)	50 (27)	.22	.64
Taalontwikkeling	18 (23)	35 (19)	.56	.45
Sociale ontwikkeling	14 (18)	35 (19)	.04	.84
Bedplassen	9 (11)	18 (10)	.19	.67
Niet-zindelijk zijn	14 (18)	31 (17)	.05	.83
Zichzelf slaan	5 (6)	12 (6)	.01	.98
Heen en weer bewegen hoofd/lichaam	6 (8)	19 (10)	.44	.51
Altijd bang of angstig	12 (15)	21 (11)	.79	.37
Ontroostbaar, wanneer overstuur	9 (11)	31 (16)	1.18	.28
Te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden	7 (9)	20 (11)	.21	.65
Te weinig reageren op stimulatie of pijn	7 (9)	24 (13)	.86	.35
Te actief voor de leeftijd	3 (4)	10 (5)	.29	.59
Te weinig actief voor de leeftijd	3 (4)	19 (10)	2.97	.09

Tabel 12: *Ontwikkelingsachterstanden van adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en China op het moment van onderzoek; aantal (%)*

Ontwikkelingsachterstand op moment van het onderzoek	Special Needs		X_2	p
	Taiwan ($N = 80$)	China ($N = 189$)		
Fijne motoriek	12 (15)	26 (14)	.07	.79
Grove motoriek	11 (14)	16 (9)	1.74	.19
Taalontwikkeling	13 (16)	31 (16)	.01	.98
Sociale ontwikkeling	15 (19)	21 (11)	2.83	.09
Bedplassen	8 (10)	20 (11)	.02	.89
Niet-zindelijk zijn	5 (6)	6 (3)	1.36	.24
Zichzelf slaan	1 (1)	6 (3)	.82	.37
Heen en weer bewegen hoofd/lichaam	2 (3)	7 (4)	.25	.62
Altijd bang of angstig	6 (8)	6 (3)	2.47	.12
Ontroostbaar, wanneer overstuurt	4 (5)	8 (4)	.08	.78
Te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden	5 (6)	7 (4)	.86	.36
Te weinig reageren op stimulatie of pijn	5 (6)	6 (3)	1.36	.24
Te actief voor de leeftijd	5 (6)	13 (7)	.04	.85
Te weinig actief voor de leeftijd	4 (5)	2 (1)	4.01	.045

Zoals in Tabel 12 te zien is, verschilden adoptiekinderen uit China en Taiwan op slechts één gebied van elkaar: adoptiekinderen uit Taiwan waren vaker te weinig actief dan adoptiekinderen uit China. Om te controleren of deze bevindingen niet door toeval waren gevonden, is de Bonferroni methode gebruikt. Met behulp van deze toets wordt berekend of na aanpassen van de toets criteria het gevonden effect nog significant is, dit wordt gedaan door de p – waarde te delen door het aantal toetsen (Moore, McCabe, & Craig, 2009). In het huidige scriptieonderzoek is dit gedaan door 0.05 te delen door 14. Hieruit kwam nu naar voren dat de gevonden effecten niet meer significant zijn voor de ontwikkelingsachterstand te weinig actief voor de leeftijd. De nieuwe toets criteria voor een significant effect was $p < 0.003$.

Belang en gebruik van voorzieningen: Taiwan en China

Over de vraag naar het belang van voorzieningen verschilden ouders niet van mening als het gaat om informatie over adoptiekinderen ($\chi^2(3, N = 266) = 2.58, p = .46$), informatie over of hulp bij

het vinden van voorzieningen ($\chi^2 (3, N = 266) = 0.007, p = .87$), voorlichting en adviezen voor ouders ($\chi^2 (3, N = 266) = 6.3, p = .10$) en contact met andere adoptiegezinnen ($\chi^2 (3, N = 264) = 4.59, p = .21$).

Adoptieouders van kinderen uit Taiwan verschilden van mening met die uit China over het belang van gezondheidszorg ($\chi^2 (3, N = 266) = 13.71, p < .01$). Adoptieouders van kinderen uit Taiwan vonden gezondheidszorg vaker essentieel dan adoptieouders van kinderen uit China. Adoptieouders van kinderen uit China dit vaker een beetje belangrijk. Dezelfde bevindingen zijn gevonden voor het belang van ondersteuning rondom school/onderwijs ($\chi^2 (3, N = 265) = 19.42, p < .01$) en het belang van tijdelijke hulp en opvang ($\chi^2 (3, N = 263) = 12.27, p < .01$).

Ook werden verschillen gevonden in het gebruik van voorzieningen (zie Tabel 11). Adoptieouders van kinderen uit Taiwan vaker gebruik van ondersteuning rondom school/onderwijs en tijdelijke hulp en opvang dan adoptieouders van kinderen uit China. Adoptieouders uit China wilden juist weer vaker contact met andere adoptiegezinnen dan adoptieouders van kinderen uit Taiwan.

Tabel 11: *Gebruik van voorzieningen van kinderen met special needs uit Taiwan en China; aantal (%)*

Gebruik van voorzieningen	Special Needs		χ^2	p
	Taiwan	China		
	($N = 80$)	($N = 187$)		
Informatievoorzieningen over adoptie(kinderen)	61 (76)	143 (76)	.002	.97
Informatie over en hulp bij het vinden voorzieningen	32 (40)	61 (33)	1.34	.25
Gezondheidszorg	50 (63)	94 (50)	3.38	.07
Ondersteuning rondom school/onderwijs	40 (50)	53 (28)	11.58	<0.01
Voorlichting en adviezen voor ouders	34 (38)	89 (48)	.001	.99
Tijdelijke hulp en opvang	15 (19)	13 (7)	8.31	<0.01
Contact met andere adoptiegezinnen	43 (54)	134 (72)	8.04	< 0.01

Behalve naar deze voorzieningen we de adoptieouders ook gevraagd naar het gebruik van : fysiotherapie, logopedie en remedial teaching. Adoptiekinderen uit Taiwan met special needs maakten vaker gebruik van fysiotherapie dan adoptiekinderen uit China met special needs. Adoptiekinderen uit Taiwan en China met special needs verschilden niet in het gebruik van logopedie en remedial teaching (zie ook Tabel 12).

Tabel 12: *Het gebruik van fysiotherapie, logopedie en remedial teaching van adoptiekinderen uit Taiwan en China met special needs; aantal (%)*

Ondersteuning	Special Needs		X_2	p
	Taiwan ($N = 80$)	China ($N = 187$)		
Fysiotherapie	22 (28)	29 (16)	5.12	.02
Logopedie	33 (41)	73 (39)	0.09	.76
Remedial teaching	21 (26)	33 (18)	2.50	.11

Discussie

Dit scriptieonderzoek had als doel om antwoord te geven op de volgende vraag: “Verschillen de hulpbehoeften van adoptiekinderen met special needs uit Taiwan met die van adoptiekinderen zonder special needs uit Taiwan?” Het tweede doel was om antwoord te geven of adoptiekinderen uit Taiwan met special needs verschillen in hulpbehoeften van adoptiekinderen met special needs uit China. In dit scriptieonderzoek werd gevonden dat 42% van de adoptiekinderen uit Taiwan special needs had. Het voorkomen van special needs in dit scriptieonderzoek is in overeenstemming met jaarlijkse rapportage van Stichting Adoptie Voorzieningen. Hieruit bleek dat meer dan 50% van de adoptiekinderen die in 2012 naar Nederland zijn overdragen special needs hadden (2013). Ook hebben Sorgedragers en Schulp (1996) aangetoond dat 44% van de adoptiekinderen special needs hadden bij aankomst.

Met behulp van de Leidse Indeling van special needs, die kritischer is dan de indeling van de Stichting Adoptie Voorzieningen, was te zien dat de special needs zeer divers zijn, dat 40% van de kinderen meer dan één special need had en dat een verstandelijke beperking frequenter voorkwam bij adoptiekinderen met special needs dan bij adoptiekinderen zonder special needs. Deze indeling werd gebruikt om diverse verschillen tussen adoptiekinderen met en adoptiekinderen zonder special needs te onderzoeken, deze verschillen worden in het kort hieronder toegelicht.

Ontwikkelingsachterstanden

Ten eerste werd aangetoond dat adoptiekinderen met special needs uit Taiwan op verschillende domeinen vaker een ontwikkelingsachterstand hadden op zowel het moment van plaatsing als op het moment van het onderzoek dan adoptiekinderen zonder special needs. Adoptiekinderen met special needs hadden op het moment van plaatsing vaker een achterstand in de volgende domeinen in vergelijking met adoptiekinderen zonder special needs: fijne motoriek, grove motoriek, taalontwikkeling, sociale ontwikkeling, het niet-zindelijk zijn, zichzelf slaan, vaker altijd bang en/of angstig zijn, vaker heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden en vaker te weinig reageren op stimulatie of pijn. Het feit dat adoptiekinderen met special needs een achterstand

vertoonden is op zich niet verrassend. Ook adoptiekinderen zonder special needs hebben wanneer zij geplaatst worden in een adoptiegezin een ontwikkelingsachterstand ten opzichte van de gemiddelde kinderen in het gastland (Van IJzendoorn & Juffer, 2006).

Op het meeste van deze domeinen waren de ontwikkelingsachterstanden bij adoptiekinderen met special needs nog steeds aanwezig op het moment van onderzoek: adoptiekinderen met special needs vertoonden vaker een achterstand in de fijne motoriek, de grove motoriek, de taalontwikkeling, de sociale ontwikkeling en zij reageerden vaker heftig op aanraking, beelden of geluiden en ze reageerden te weinig op stimulatie of pijn. Adoptiekinderen met special needs vertoonden vaker een ontwikkelingsachterstand. Het hebben van achterstanden, zoals een sociale ontwikkelingsachterstand, vormt een risico voor sociaal-emotionele en gedragsproblemen (Trout, Casey, Chmelka, DeSalvo, Reid, & Epstein, 2009). Wanneer kinderen minder goed in staat zijn met andere personen te communiceren of mee te doen aan activiteiten, kan dit leiden tot gevoelens van onbegrip bij het adoptiekind met special needs. Deze gevoelens kunnen leiden tot internaliserende en/of externaliserende problematiek (Ladage, 2009).

Een andere verklaring voor de gevonden ontwikkelingsachterstanden is dat adoptiekinderen met een zichtbare aandoening als 'anders' worden gezien door hun omgeving. Op zeer jonge leeftijd maken kinderen al onderscheid tussen meer aantrekkelijke en minder aantrekkelijke personen, waarbij aantrekkelijke kinderen als populair worden omschreven en kinderen met een minder aantrekkelijk uiterlijk als verstorend worden gezien. Wanneer kinderen van jongs af aan als anders worden behandeld, leidt dit wellicht tot een self-fulfilling prophecy en gaan ze zich hier ook naar gedragen (Schaffer, 2005) en vertonen ze meerdere achterstanden dan kinderen zonder zichtbare aandoening. Het ervaren om anders te zijn, kan leiden tot het terugtrekgedrag, waardoor zij niet in (sociaal) contact komen met anderen.

Wat de fijne en grove motoriek achterstanden betreft, deze vallen deels te verklaren door de special needs. Wanneer het adoptiekind niet in staat is te lopen, zal het logischerwijs een achterstand hebben in de motoriek. Hetzelfde geldt voor achterstand in de taalontwikkeling, het te heftig reageren op aanraking, beelden of geluiden of juist te weinig reageren op stimulatie of pijn.

Hierbij moet genoemd worden dat een deel van de adoptiekinderen met special needs geen ontwikkelingsachterstanden heeft. Adoptieouders zijn over het algemeen zeer tevreden over de gang van zaken betreffende de adoptie en zijn blij dat hun adoptiekind een goede ontwikkeling doorloopt. Mogelijkerwijs zijn het niet de special needs die het kind belemmeren, maar de ontwikkelingsachterstand die het kind ervaart door de special need (Rosenthal, Groze & Aguilar, 1991). Aansluitend op het theoretische kader van deze scriptie vormen achterstanden risico op achterstanden in de latere jaren (Masten & Cicchetti, 2010). In deze theorie over ontwikkelingscascades wordt beschreven hoe een huidige ontwikkelingsachterstand kan leiden tot meerdere ontwikkelingsachterstanden op diverse domeinen over de jaren heen. Dit betekent dat sprake is van een cumulatie van achterstanden.

Belang en gebruik van voorzieningen

Ten tweede werd gevonden dat adoptieouders van kinderen met en adoptieouders van kinderen zonder special needs niet van elkaar verschilden op het gebied van wat zij belangrijk vinden van bestaande voorzieningen, behalve op het gebied van contact met andere adoptiegezinnen. Opvallend hierbij is dat adoptieouders van kinderen met special needs dit contact minder belangrijk vonden dan adoptieouders van kinderen zonder special needs. Toch moet hierbij gezegd worden dat adoptieouders van kinderen met special needs dit contact niet onbelangrijk vonden. Wellicht ervoeren zij andere voorzieningen belangrijker, waardoor het contact met andere adoptiegezinnen minder belangrijk leek of ervaren zij contact met ouders die een (niet geadopteerd) special needs kind hebben ook als belangrijk. Hoewel de adoptieouders op één gebied verschilden van mening, hadden adoptieouders van kinderen met special needs vaker gebruikgemaakt van informatie over het adoptiekind, informatie over voorzieningen, gezondheidszorg en ondersteuning op het gebied van school en onderwijs dan ouders van adoptiekinderen zonder special needs. Ook werd aangetoond dat adoptiekinderen met special needs vaker gebruik maakten van voorzieningen, zoals fysiotherapie, remedial teaching, logopedie, speciaal onderwijs en aanpassingen op school en hulpverlening dan adoptiekinderen zonder special needs. Door de extra hulp die de ouders en de adoptiekinderen met special needs behoefden, moesten zij vaker een beroep doen op de zorgverzekering, het PGB en de eigen portemonnee dan ouders en adoptiekinderen zonder special needs.

Adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en China

Tot slot werd een vergelijking gemaakt tussen adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en adoptiekinderen met special needs uit China. In dit scriptieonderzoek werd gevonden dat de kinderen vrijwel geen verschillen in ontwikkelingsachterstanden vertoonden. Wel werd gevonden dat bij de overdracht adoptiekinderen met special needs uit Taiwan vaker verwachte gezondheidsproblemen hadden dan adoptiekinderen met special needs uit China. Behalve dit verschil verschilden de adoptieouders van kinderen met special needs uit Taiwan en China van mening over het belang van bepaalde voorzieningen. Adoptieouders met kinderen uit met special needs Taiwan vonden gezondheidszorg, het belang van ondersteuning rondom school/onderwijs en het belang van tijdelijke hulp en opvang belangrijker dan adoptieouders met kinderen met special needs uit China. Zij verschilden op twee gebieden in het gebruik van voorzieningen: adoptiekinderen met special needs uit Taiwan maakten vaker gebruik van ondersteuning rondom school/onderwijs en tijdelijke hulp en opvang dan adoptiekinderen met special needs uit China en adoptiekinderen met special needs uit China hadden vaker contact met andere adoptiegezinnen dan adoptiekinderen met special needs uit Taiwan. Wanneer het extra ondersteuning betreft, maakten adoptiekinderen met special needs uit China en Taiwan even vaak gebruik van logopedie en remedial teaching, maar maakten adoptiekinderen met special needs uit Taiwan vaker gebruik van fysiotherapie dan adoptiekinderen met special needs uit China.

Met de bevindingen van dit scriptieonderzoek is aangetoond dat, ondanks de grote verbetering ten opzichte van een tehuis, adoptiekinderen met special needs vaker achterliepen in de ontwikkeling dan adoptiekinderen zonder special needs. Wanneer adoptiekinderen met special needs uit Taiwan en China met elkaar worden vergeleken, suggereren de resultaten dat het land van herkomst geen unieke rol speelt bij de ontwikkeling van het adoptiekind met special needs.

Beperkingen

Zoals elke studie bevat deze studie een aantal beperkingen. Een van de limitaties was de operationalisatie van special needs. De definitie van een special need wordt in diverse wetenschappelijk artikelen verschillend omschreven. Om een zo juist mogelijk beeld te verkrijgen is de Leidse Indeling van special needs door meerdere personen gecategoriseerd, waaruit een consensus over de definitie van een special need is ontstaan. In het licht van deze indeling gelden de uitkomsten alleen voor dit onderzoek.

Ten tweede is met een respons van 40% de generalisatie van het onderzoek enigszins beperkt. Mogelijk was het zo dat ouders van adoptiekinderen met ernstige special needs geen tijd hadden om een lange vragenlijst in te vullen, met als gevolg dat zij niet meededen aan het onderzoek. Het percentage adoptiekinderen met special needs was echter overeenkomstig als in eerder onderzoek. Daarom speculeren we dat de gevonden aantallen een weerspiegeling zijn van de gehele populatie.

Ten derde is de vergelijking van de resultaten van de adoptiekinderen uit Taiwan met die van China ingewikkeld. In het onderzoek naar adoptiekinderen uit China lag de nadruk op de ontwikkeling van adoptiekinderen in het algemeen. In het huidige onderzoek heeft men nadruk gelegd op de verschillen tussen adoptiekinderen met en zonder special needs. Om de vergelijking zo nauwkeurig mogelijk te maken, is in de vragenlijst gekeken naar welke vragen exact overeenkwamen in de vragenlijst naar adoptiekinderen uit China en adoptiekinderen uit Taiwan. Tussen deze twee groepen zijn vrijwel geen verschillen gevonden. Dit duidt erop dat, ongeacht het land van herkomst, adoptiekinderen met special needs frequenter ontwikkelingsachterstanden hebben en meer voorzieningen nodig hebben dan adoptiekinderen zonder special needs.

Aanbevelingen voor de praktijk

De resultaten bieden mogelijkheden voor de praktijk om adoptiekinderen met special needs zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen. Hier wordt een aantal aanbevelingen besproken.

Voordat het adoptiekind in het gezin komt, is het van belang zo veel mogelijk informatie over de special needs van het kind te verzamelen. Een goede voorbereiding zorgt ervoor dat aspirant adoptieouders minder voor onverwachte zaken zullen staan. Eerder is beschreven dat hoe beter ouders voorbereid waren op de adoptie, hoe zekerder zij het adoptieproces ingingen (Egbert & LaMont, 2004). Deze voorbereidingen zouden getroffen kunnen worden met andere adoptieouders die al ervaring hebben gehad met het adopteren van kinderen met special needs, waarbij informatie en

ervaringen kunnen worden uitgewisseld. Ook professionals kunnen informatie verschaffen over de mogelijke problematiek waar ouders tegenaan kunnen lopen en waar ouders terecht kunnen indien zij vragen en/of twijfels hebben over de ontwikkeling en/of opvoeding van hun adoptiekind. Wanneer ouders zich bewust zijn van de risicofactoren die hen mogelijk te wachten staan zullen zij deze eerder herkennen, wat escalatie van problemen kan voorkomen (Rutter, 1979).

Wanneer het adoptiekind in Nederland aankomt, wordt het medisch geëvalueerd. Hiervoor heeft de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK; NVK, 2013) een protocol opgesteld. Met dit protocol screenen artsen buitenlandse adoptiekinderen op (mogelijke) lichamelijke afwijkingen, zoals schildklierafwijkingen en de aanwezigheid van parasieten (NVK, 2013). Onderzoek heeft aangetoond dat bij 75% van de onderzochte adoptiekinderen een afwijking werd gevonden (Hoogenboom, de Weerd, Tjon A Ten, Mulder, & Pelleboer, 2013). Hiermee wordt het belang van deze screening duidelijk: behandeling kan bij sommige adoptiekinderen gelijk beginnen na aankomst. Als toevoeging zouden adoptiekinderen langere tijd gevolgd moeten worden. Een voorstel is om in de eerste vijf levensjaren van het kind het steeds te laten terugkeren naar een arts die is gespecialiseerd in adoptie. Dit omdat het huidige scriptieonderzoek aantoonde dat na aankomst 80 adoptiekinderen special needs hadden, maar op het moment van onderzoek waren dit 131 adoptiekinderen, een stijging van 64%. Niet alleen moet gelet worden op lichamelijke afwijkingen, maar ook op ontwikkelingsachterstanden. Voor het opsporen van sociale en/of emotionele achterstanden zou een pedagoog/psycholoog een rol kunnen spelen. Multidisciplinaire teams zijn daarom essentieel. Zoals is beschreven, is het niet de special needs op zich die voor mogelijke problemen kan zorgen, maar de ontwikkelingsachterstand (Rosenthal et al., 1991).

Behalve met een medisch protocol is het mogelijk ouders op sociaal en praktisch gebied te ondersteunen. Direct na de adoptie wordt van adoptieouders verwacht alle zorg direct zelfstandig te kunnen doen. Adoptieouders worden na aankomst van het kind gelijk op zichzelf aangewezen, terwijl wanneer ouders een biologisch kind krijgen, zij in de beginweken ondersteund worden door kraamhulp. Deze kraamhulp zou voor adoptieouders beschikbaar gesteld moeten worden. Dit geeft hun tijd om te focussen op het kind, waarbij zowel ouders als kind aan elkaar kunnen wennen en gaan hechten. De kraamhulp kan praktische advies geven over de verzorging van het kind en ook de dagelijkse huishoudelijke taken op zich nemen zodat de ouders hiermee worden ontlast.

Aansluitend op de kraamzorg wordt alle ouders in Nederland geadviseerd om met hun kind naar een consultatiebureau te gaan. Consultatiebureaus vergelijken de adoptiekinderen met het gemiddelde Nederlandse kind. Gezien de ontwikkelingsachterstanden die zijn gevonden in dit onderzoek en de andere lichaamsbouw van adoptiekinderen, is het wellicht een beter alternatief om voor adoptiekinderen (met special needs) een eigen dataset met gemiddelde gegevens te creëren. Hoewel de ontwikkelingsachterstanden aangetoond zijn, betekent dit niet per definitie dat adoptiekinderen met special needs zich niet optimaal ontwikkelen met de beperkingen die zij hebben. Met aangepaste normen, die aansluiten bij de ontwikkelingsmogelijkheden van het adoptiekind,

kunnen ouders meer zelfvertrouwen krijgen dat het kind zich adequaat ontwikkelt. Het stempel dat het kind afwijkt kan voor ouders en kind een negatieve ervaring zijn en wanneer ouders op een positieve manier worden gestimuleerd ervaren zij de special needs mogelijk meer als uitdaging in plaats van beperking.

Tot slot hebben hulpverleningsinstanties een rol in de nazorg van adoptiekinderen met special needs. De beschikbaarheid van voorzieningen (waaronder financiële steun) is belangrijk. Wanneer die aansluit bij het adoptiegezin, is dit gerelateerd aan positieve uitkomsten, zoals een betere relatie met het kind en een positievere adoptie-ervaring (Reilly & Platz, 2003). Hulpverlenende instanties moeten beschikken over specifieke kennis van de ontwikkeling van adoptiekinderen met special needs. Daarbij zijn samenwerking tussen en op één lijn zitten van diverse instanties essentieel. Wanneer ouders hulp nodig hebben, moeten zij die zo snel en nauwkeurig mogelijk krijgen. Hoe eerder ingegrepen wordt, hoe minder de kans bestaat dat de problemen uitlopen tot een groter probleem. In de praktijk betekent dit dat gestreefd moeten worden naar samenwerking tussen artsen, psychologen, scholen, ouders en andere instanties die opvoeding en ontwikkeling van het adoptiekind stimuleren.

Behalve de rol van professionele instanties is het voor adoptieouders van kinderen met special needs belangrijk dat zij een (informeel) sociaal netwerk om zich heen hebben. Dit kan zijn om (h)erkenning te krijgen van andere adoptieouders die tegen dezelfde problemen aanlopen, maar ook om het kind tijdelijk ergens anders te kunnen brengen om zelf tot rust te komen.

Vervolgonderzoek

Dit is het eerste verkennende onderzoek naar de adoptiekinderen met special needs. Vervolgonderzoek is noodzakelijk voor een beter inzicht in de ontwikkeling van adoptiekinderen met special needs in Nederland. Het belang van vervolgonderzoek is om adoptiekinderen met special needs voorzieningen te kunnen bieden waarmee zij een optimale ontwikkeling kunnen doorlopen. Longitudinaal onderzoek moet worden gedaan om de verschillende factoren die hieraan bijdragen in beeld te krijgen. In de praktijk zou de Leidse Indeling van special needs een goede basis zijn voor de indeling van special needs en vervolgonderzoek.

Bijlage

Niet verwachte gezondheidsproblemen

- Hartafwijkingen
- Verstandelijke beperking
- Ziekte van Pfeiffer
- Schurft
- Nystagmus
- Eczeem
- Gehoorproblemen
- Neuroblastoom
- MRSA
- Fragile X- syndroom
- Syndroom van Marfan
- Darminfectie
- Thalassemie
- Epilepsie
- Longproblemen
- Projectiel braken
- RS virus
- Terugloop urine in nieren
- Hepatitis B
- Breath holding spells
- Ondervoeding

Ontwikkelingsachterstanden:

- Door kaakproblemen een taalachterstand gekregen
- Na operaties angstiger
- Trauma's opgelopen door ziekenhuisbezoeken
- Motorieke achterstand door spasmes
- Door problemen van special needs niet zindelijk geworden
- Ontwikkeling voorloopt sneller dan bij leeftijdsgenoten
- Achterstanden door zwakbegaafdheid

Belang van voorzieningen

Tabel: *Belang voorzieningen van adoptiekinderen uit Taiwan zonder special needs (N = 179); aantal (%)*

Belang voorziening	Essentieel	Zeer belangrijk	Een beetje belangrijk	Niet belangrijk
Informatie over adoptiekinderen	101 (56)	64 (36)	12 (7)	2 (1)
Informatie over/hulp bij het vinden van voorzieningen	55 (31)	90 (50)	30 (17)	4 (2)
Gezondheidszorg	62 (35)	85 (48)	29 (16)	3 (2)
Ondersteuning rondom school/onderwijs	42 (24)	90 (50)	41 (23)	6 (3)
Voorlichting en adviezen voor ouders	65 (36)	89 (50)	22 (12)	3 (2)
Tijdelijke hulp/opvang	29 (16)	62 (35)	70 (39)	18 (10)
Contact andere adoptiegezinnen	27 (15)	68 (38)	82 (46)	2 (1)

Tabel: *Belang voorzieningen van adoptiekinderen uit Taiwan met special needs (N = 131); aantal (%)*

Belang voorziening	Essentieel	Zeer belangrijk	Een beetje belangrijk	Niet belangrijk
Informatie over adoptiekinderen	70 (53)	54 (41)	6 (5)	1 (1)
Informatie over/hulp bij het vinden van voorzieningen	43 (33)	66 (50)	20 (15)	2 (2)
Gezondheidszorg	53 (41)	63 (48)	12 (9)	3 (2)
Ondersteuning rondom school/onderwijs	36 (28)	73 (56)	20 (15)	2 (2)
Voorlichting en adviezen voor ouders	40 (31)	77 (59)	12 (9)	2 (2)
Tijdelijke hulp/opvang	20 (15)	47 (36)	48 (37)	16 (12)
Contact met andere adoptiegezinnen	11 (8)	51 (39)	61 (46)	8 (6)

Tabel: *Belang van voorzieningen van adoptiekinderen met special needs bij overdracht uit Taiwan (N = 80); aantal (%)*

Belang voorziening	Essentieel	Zeer belangrijk	Een beetje belangrijk	Niet belangrijk
Informatie over adoptiekinderen	42 (53)	33 (41)	4 (5)	1 (1)
Informatie over/hulp bij het vinden van voorzieningen	25 (31)	40 (50)	13 (16)	2 (3)
Gezondheidszorg	32 (40)	38 (48)	9 (11)	1 (1)
Ondersteuning rondom school/onderwijs	22 (28)	45 (56)	11 (14)	2 (3)
Voorlichting en adviezen voor ouders	22 (28)	47 (59)	10 (13)	1 (1)
Tijdelijke hulp/opvang	13 (16)	24 (30)	34 (43)	9 (11)
Contact met andere adoptiegezinnen	7 (9)	33 (41)	35 (44)	5 (6)

Tabel: *Belang van voorzieningen van adoptiekinderen uit China met special needs bij overdracht (N = 189); aantal (%)*

Belang voorziening	Essentieel	Zeer belangrijk	Een beetje belangrijk	Niet belangrijk
Informatie over adoptiekinderen	103 (55)	72 (39)	11 (6)	0 (0)
Informatie over/hulp bij het vinden van voorzieningen	53 (29)	91 (49)	38 (20)	4 (2)
Gezondheidszorg	43 (23)	84 (45)	52 (28)	7 (4)
Ondersteuning rondom school/onderwijs	22 (12)	87 (47)	63 (34)	13 (7)
Voorlichting en adviezen voor ouders	81 (44)	85 (46)	17 (9)	3 (2)
Tijdelijke hulp/opvang	10 (5)	46 (24)	84 (44)	43 (23)
Contact met andere adoptiegezinnen	29 (16)	86 (47)	59 (31)	10 (5)

Gebruik van voorzieningen

Speciaal onderwijs en aanpassingen op school

- Laptoplessen
- Extra begeleiding
- A3 boeken (groter formaat)
- Extra uitdagingen op school (hoogbegaafdheid)
- Lift op school
- Aanpassingen stoel/tafel en/of ander meubilair
- Ontheffing leerplicht
- Leerwegondersteuning
- Dyslexie aanpassingen
- Rugzakje
- Jobcoach
- Remedial teaching

Preventieve begeleiding

Adoptiekinderen met special needs en adoptiekinderen zonder special needs verschilden niet in de frequentie van gebruik van preventieve begeleiding. In totaal hadden 83 adoptiekinderen/ouders preventieve begeleiding gehad. Van deze ouders gaven 55 ouders (65%) aan dit zeer waardevol te vinden, 24 ouders (29%) vonden dit een beetje waardevol en 5 ouders (6%) vonden dit niet echt waardevol.

Soorten preventieve begeleiding:

- Video interactie begeleiding
- Gesprekken met een maatschappelijk werker
- VIB/ Basic Trust
- Nazorg Meiling
- WAN
- Gezinsbegeleiding

Opmerkingen over preventieve begeleiding (open vragen):

- Goede gesprekken en adviezen
- Doorverwijzing naar gespecialiseerd adoptiecentrum (Pactum) door te weinig kennis RIAGG
- Fijn om je eigen gedrag terug te zien op video
- Goede handvatten gekregen

Redenen voor doorverwijzing naar RIAGG/Bureau Jeugdzorg/ hulpverlening

Adoptiekinderen met special needs werden vaker doorverwezen naar het RIAGG/Bureau Jeugdzorg of andere hulpverlening.

Adoptiekinderen met special needs uit Taiwan: in totaal zijn 35 adoptiekinderen met special needs (27%) doorverwezen naar een hulpverlenende instantie. De redenen hiervoor, o.a.:

- Het kind dacht te weinig aan zichzelf (“please”gedrag)
- Slaapproblemen
- Gedragsproblematiek
- Gebrek aan zelfvertrouwen
- Sociale vaardigheden aanleren
- Emotieregulatie
- Autismespectrumstoornissen
- Ontwikkelingsachterstanden
- Seksuele acceptatie
- Aanvragen PGB
- Hechtingsproblematiek
- Selectief mutisme
- Angststoornissen/klachten
- Concentratieproblemen
- Problemen met brusje
- Moeite met “het geadopteerd zijn”
- Gezinsbegeleiding voor special needs
- Stemmen in het hoofd van het kind
- Hoogbegaafdheid
- Pesten op school

Adoptiekinderen zonder special needs uit Taiwan: in totaal zijn 27 adoptiekinderen zonder special needs (15%) doorverwezen naar een hulpverlenende instantie. De redenen hiervoor, o.a.:

- Lichamelijke klachten
- Autismespectrumstoornissen
- Slechte schoolresultaten
- Liegen
- Aanleren van sociale vaardigheden
- Diagnose vaststellen
- Depressieve klachten

- Agressie
- ADHD
- Weerbaarheidstraining
- Angststoornissen

In contact komen met andere adoptieouders

Adoptieouders van special needs kinderen uit Taiwan verschilden niet van adoptiekinderen zonder special needs uit Taiwan betreft het in contact komen met andere adoptieouders. Van alle adoptieouders gaven 14 (5%) ouders aan niet in contact te komen met andere adoptieouders, 149 (48) adoptieouders kwamen af en toe in contact met andere adoptieouders en 147 (47%) adoptieouders kwamen regelmatig in contact met andere adoptieouders.

Van de adoptieouders die in contact kwamen met andere adoptieouders, gaven 185 ouders (60%) aan dit zeer waardevol te vinden, 95 (30%) adoptieouders gaven aan dit een beetje waardevol te vinden en 16 (5%) ouders ervoeren het contact als niet echt waardevol.

Ervaren van contact met andere adoptieouders, open vragen:

- Het is wel waardevol, maar we hebben het niet alleen over adoptie, ook over de gewone dingen.
- Niet te vergelijken met gezonde adoptiekinderen
- De problemen die wij hebben werden niet door hen ervaren.
- We houden niet van lotgenoten-contacten, hebben liever contact met ouders van kinderen met dezelfde leeftijd
- Kan niet zonder, niet-adoptieouders snappen nog niet de helft van wat je meemaakt
- Tips en ervaringen uitwisselen

Contact met Stichting Meiling

In totaal hadden 119 ouders contact opgenomen met Stichting Meiling. Adoptieouders van kinderen met en zonder special needs verschilden niet in de frequentie van contact. Van deze ouders gaven 77 ouders (65%) aan dit contact zeer waardevol te vinden, 33 ouders (28%) vonden dit een beetje waardevol en 6 ouders (5%) vonden dit niet echt waardevol. Drie ouders (3%) hebben geen antwoord ingevuld.

Redenen contact met Stichting Meiling, open vragen:

- Ik ga af en toe naar familieavonden
- Nazorg
- Rootsreis (en vragen hierover)
- Achtergrond van het kind navragen/zoeken
- Gezondheidsproblemen

Ervaringen met Stichting Meiling

- Waardeloos
- Leuk contact! Veel belangstelling vanuit Meiling.
- In die eerste periode hadden wij niet het idee dat Meiling een bijdrage zou kunnen leveren in de zorg voor ons kind.
- Na het uitzetten van onze vraag om foto's hebben we deze na verloop van tijd ook mogen ontvangen. Dit ervaren wij als ouders als zeer belangstellend en waardevol, maar ook in de toekomst voor onze zoon.
- Aardig en betrokken
- Hierdoor kon de kinderarts ons goed adviseren over eventueel toedienen van groeihormonen omdat ze beide zo klein blijven

Welke voorzieningen hebben ouders nodig, openvragen:

- Ondersteuning peuter- en basisschool
- Goede oppas/ hulp
- Tijdelijke hulp/opvang van deskundigen op adoptiegebied
- Kraamhulp
- Als je terecht komt in de wereld van verstandelijk beperkten, moet je heel veel zelf uitzoeken of "toevallig horen" van andere ouders over bijvoorbeeld waar je welke hulp kunt zoeken, welke vergoedingen er zijn, etc.
- Informatie over puberteit bij adoptiekinderen
- Kennis bij kinderdagverblijven
- Medische kennis, specifiek voor adoptiekinderen

Opmerkingen van ouders met betrekking tot special needs

- Het was een ontzettend moeilijke zoektocht om in het oerwoud van hulpverlening de juiste plek voor mijn zoon te vinden. Het grootste probleem was dat hulpverleners moeilijk luisterden (terwijl ze dat toch zouden mogen kunnen). Gelukkig is het goed gekomen.
- Het hebben van een speciaal needs is veel ingrijpender dan ik me kon voorstellen.
- Het contact met zijn biologische ouders heeft er positief aan bijgedragen dat hij nu beter met zijn handicaps kan omgaan. Hij dacht dat hij was weggedaan omdat hij iets mankeerde. Inmiddels heeft hij ervaren dat zijn familie heel gek met hem is en in het verleden niet in staat was om voor hem te zorgen, gezien de grote medische problemen
- Het is handig om ouders die hetzelfde hebben meegemaakt met elkaar in contact te brengen zodat ze desgewenst elkaar dingen kunnen vragen of juist tips kunnen geven.
- Hoewel ons kind zich uitstekend redt, had ik me van tevoren niet gerealiseerd hoeveel meer zorgen je je maakt of hij zich in nieuwe situaties wel redt. De buitenwereld is hard, zeker voor zichtbare afwijkingen. Maar wij maken ons meer zorgen dan het kind zelf. Die staat heerlijk in het leven.
- Ze kan er goed mee functioneren, maar de ziekenhuisbezoeken (en met name de prikken) geven haar veel spanning. Ze heeft waarschijnlijk voor ze bij ons kwam ook al veel medische onderzoeken gehad en we hebben de indruk dat dit voor haar heel traumatisch is geweest. Ze heeft door haar adoptie al het idee anders te zijn en dit komt er dan nog bij in haar beleving. Daar heeft ze het moeilijk mee.
- Zodra er ook maar een vermoeden is van een special need, ga er zo veel mogelijk over lezen, zoveel mogelijk luisteren naar raad. Probeer er uit te filteren wat voor je eigen kind van toepassing is om de rest rustig naast je neer te kunnen leggen. Dat is moeilijk, maar nuttig.
- Ik beschouw mijn kind niet als een special need, het feit dat hij wat voor stoornis dan ook zou hebben, is voor ons niet van belang, het is gewoon ons jongetje. Als het even niet goed gaat, proberen we wel de kennis te gebruiken die we hebben over de diverse stoornissen.

Literatuurlijst

- Achenbach, T.M., et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- Albers, L. H., Johnson, D. E., Hostetter, M. K., Iverson, S., & Miller, L. C. (1997). Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *Journal of the American Medical Association*, 278, 922–924.
- Bakermans- Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2006). Earlier is better: a meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73, 279- 293.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Aantal adopties sinds jaren zestig niet meer zo laag*. Verkregen op 20 mei, 2013, van <http://cbs.nl> .
- Egbert, S. C. & LaMont, E.C. (2004). Factors contributing to parents' preparation for special-needs adoption. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, 593- 609.
- Epstein, M. H., Harniss, M.K., Pearson, N., & Ryser, G. (1999). The Behavioral and Emotional Rating Scale: test- retest and inter-rater reliability. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 319-327.
- Gehandicapten schrijven geschiedenis. *Tijdschrift*. Verkregen op 11 mei, 2013 van www.gehandicaptenschrijvengeschiedenis.nl.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Gunnar, M. R. (2001). Effects of early deprivation. In C. A. Nelson & M. Luciana (Eds.), *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (pp. 617–629). Cambridge, MA: MIT Press.
- Hoogenboom, L.A., de Weerd, C.F.M.M., Tjon A Ten, W.E., Mulder, J.C., & Pelleboer, R.A.A. (2013). Trends bij oriënterend medisch onderzoek van buitenlandse adoptiekinderen. *Tijdschrift Kindergeneeskunde*, 81, 31-37.
- Juffer, F. & Van IJzendoorn, M.H. (2009). International Adoption Comes of Age: Development of International Adoptees from a Longitudinal and Meta-Analytical Perspective. In G. M.

- Wrobel and E. Neil, *International Advances in Adoption Research for Practice* (p. 169- 192). West Sussex, UK: Wiley- Blackwell.
- Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analytic approach. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2501–2515.
- Ladage, J.S. (2009). Medical issues in international adoption and their influence on language development. *Topic of Language Disorders*, 29, 6-17.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22, 491-495.
- Nelson, C.A., Zeanah C.H., Fox N.A., Marshall, P.J., Smyke, A.T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318, 1937–1940.
- NVK. (2009). *Protocol medisch onderzoek bij buitenlandse adoptiekinderen*. Verkregen op 20 juli, 2013, van <http://www.nvk.nl>.
- Penninx, K. (2004). *Empowerment van kwetsbare mensen. Welzijnswerk als partner bij zelfstandigheid*. Utrecht: NIZW.
- Rosenthal, J. A., Groze, V., & Aguilar, G.D. (1991). Adoption outcomes for children with handicaps. *Child Welfare*, 70, 623-636.
- Rosenthal, J. A. & Groze, V. (1991). Behavioral problems of special needs adopted children. *Children and Youth Services Review*, 5, 343-361.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology*, Vol.3: Social competence in children. Hanover, NH: University of New England Press.
- Shaffer, D.R. (2004). *Social and Personality Development*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Smyke, A.T. Koga, S.F., Johnson, D.E., Fox, N.A., Marshall, P.J., Nelson, C.A., et al. (2007). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 210–218.
- Stams, G.J., Juffer, F., Rispen, J., & Hoksbergen, R.A. (2000) The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 4, 1025-1037.

- Stichting Adoptievoorzieningen. (2013). *Haags Adoptieverdrag*. Verkregen op 16 juli, 2013, van http://www.adoptie.nl/m/adoptieprocedure_profiel_sn/mn/3/.
- Stichting Adoptievoorzieningen. (2013). *Special Needs*. Verkregen op 3 juli, 2013, van http://www.adoptie.nl/m/adoptieprocedure_profiel_sn/mn/3/.
- Stichting Meiling. (2013). *De Stichting Meiling*. Verkregen op 3 juli, 2013, van, <http://www.meiling.nl/>.
- Reilly, T. & Platz, L. (2003) Characteristics and challenges of families who adopt children with special needs: An empirical study. *Children and Youth Services Review*, 25, 781-803.
- Tan, T. X., Marfo, K., & Dedrick, R.F. (2007). Special needs adoption from China: Exploring child-level indicators, adoptive family characteristics, and correlates of behavioral adjustment. *Children and Youth Services Review*, 29, 1269–1285.
- The Save the Children Fund (2009). *Keeping Children Out of Harmful Institutions: Why we should be investing in family-based care*. Verkregen op 16 juli, 2013, van http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Keeping_Children_Out_of_Harmful_Institutions_Final_20.11.09_1.pdf.
- Tieman, W., Gast, R. H., & Juffer, F. (2009). *Het Leidse onderzoek naar adoptiekinderen uit China*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Trout, A.L., Casey, K., Chmelka, M.B., DeSalvo, C., Reid, R. & Epstein, M.H. (2009). Overlooked: Children with disabilities in residential care. *Child Welfare*, 2, 111- 136.
- Unicef. (2009). *Global Facts about Orphanages*. Verkregen op 16 juli, 2013, van http://handstohearts.org/wp-content/uploads/2011/04/Global-Fact-Sheet-on-Orphanages_BetterCareNetwork.pdf.
- Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight, and head circumference: meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28, 334- 343.
- Van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228–1245.

- Van IJzendoorn, M.H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J. S., Gunnar M.R., Vorria, Y., McCall, R., LeMare, L., Bakermans-Kranenburg, M.J., Dobrova-Krol, N., & Juffer F. (2011). Children in institutional care: delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research of Child Development*, 76, 8-30.
- Wels, P. & Robbroeckx, L. (1993). Gezinsbelasting van ouders van residentieel opgenomen kinderen vergeleken met die van ambulante behandelde gezinnen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 109-127.
- Werner, E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. Meisels & J. Shonkff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.