

Vergaderjaar 2012–2013

**31 265**

**Adoptie**

**Nr. 48**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2013

In reactie op uw brief van 11 april 2013 informeer ik u over de invulling van de adoptieazorg. Eerder heb ik toegezegd uw Kamer hierover in de eerste helft van 2013 nader te informeren (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 119).

De adoptieazorg zal in het kader van de decentralisatie van de zorg voor jeugd vanaf 1 januari 2015 onder verantwoordelijkheid van gemeenten vallen. Momenteel ben ik hierover nog in gesprek met de VNG. Ik zal uw kamer over de uitkomsten hiervan informeren.

De Inspectie Jeugdzorg (IJZ) heeft per brief van 3 november 2011 aanbevelingen gedaan ten aanzien van de invulling van de adoptieazorg. De IJZ constateert dat er sprake is van onevenwichtigheid tussen de fase voorafgaand aan de adoptie en de fase na de plaatsing van het adoptiekind. Voorafgaand aan de plaatsing van het adoptiekind doorlopen de aspirant adoptieouders een verplicht traject van onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming, voorlichting verzorgd door de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) en matching en bemiddeling door vergunninghouders. Na de plaatsing van het adoptiekind in het gezin is er nauwelijks meer bemoeienis met de adoptieouders, tenzij ouders hier zelf om vragen. De IJZ is van mening dat het zicht op het adoptiekind na de plaatsing in het gezin onvoldoende is gewaarborgd, waardoor een mogelijke stagnerende ontwikkeling of eventuele toenemende problematiek niet tijdig worden gesignaleerd. Deze mening en de aanbeveling om het zicht op het adoptiekind na plaatsing te verbeteren komen terug in het onderzoeksrapport dat de IJZ op 8 januari 2013 heeft uitgebracht over het handelen van de bij de adoptieprocedure van een tweejarig meisje uit China betrokken organisaties. In dit onderzoeksrapport doet de IJZ ook de aanbeveling om een medische en/of psychosociale screening voorafgaand aan en na de plaatsing van het adoptiekind standaard op te nemen in de adoptieprocedure.

Om op adequate wijze invulling te geven aan de aanbeveling van de IJZ om het zicht op het adoptiekind na plaatsing in het gezin te waarborgen heb ik advies gevraagd aan de SAV, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Dit heeft geleid tot bijgaande notitie over de invulling van de adoptiezorg (in ieder geval) voor de periode tot de decentralisatie van de zorg voor jeugd naar gemeenten. De adviezen van de SAV, AJN en NVK zijn onderdeel van deze notitie. Hieronder geef ik mijn reactie voorzover de adviezen betrekking hebben op de aanbevelingen van de IJZ. De andere adviezen zullen in het kader van de nadere uitwerking worden gezien.

Uit het advies van de NVK, de AJN en de SAV blijkt dat een invulling van het zicht op het kind zoals deze door de IJZ is aanbevolen niet begint op het moment dat het adoptiekind in het gezin is geplaatst. Vóór de plaatsing kan de vergunninghouder en/of de betrokken arts risico's signaleren die gevolgen hebben voor de adoptiezorg en/of het houden van het zicht op het kind na plaatsing in het gezin.

Om het zicht op het adoptiekind na de plaatsing in het gezin te bevorderen, is het verantwoord om ervan uit te gaan dat de bestaande werkwijze van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) een goede basis levert voor de invulling van de aanbeveling van de inspectie. Hierbij is het wel van belang de samenwerking te versterken tussen de professionals die werkzaam zijn binnen de JGZ en gespecialiseerde hulpverleners, zoals de medewerkers van de SAV en kinderartsen. Om deze samenwerking tussen reguliere JGZ en gespecialiseerde zorg te versterken, neem ik het advies van de SAV, NVK en de AJN over om hiervoor een handreiking op te laten stellen. In deze handreiking zal ook worden aangegeven op welke manier de eventueel voor de plaatsing gesignaleerde risico's zullen worden overgedragen. Het programma van eisen voor deze handreiking zal in overleg met de IJZ worden opgesteld.

Het Ministerie van Veiligheid en Justitie heeft aangegeven dat de beoordeling van het medisch dossier van ieder kind door een arts, voorafgaand aan de matching van het kind met aspirant-adoptieouders, zal worden opgenomen in het herziene kwaliteitskader vergunninghouders interlandelijke adoptie.

Medische screening zonder dat er sprake is van een individuele zorgvraag wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. De NVK vindt dat ouders de screening van een kind door een kinderarts na plaatsing in het adoptiegezin niet zelf zouden moeten betalen. Ik vind dat de keus hiervoor bij de ouders zelf ligt. De kosten voor medische screening na aankomst van het adoptiekind worden door sommige verzekeraars vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Als de ouders hier niet voor verzekerd zijn dan kunnen zij ofwel de kosten van screening door een kinderarts zelf dragen ofwel hun adoptiekind laten screenen door een huisarts of een jeugdarts. Aan een screening door jeugdarts of huisarts zijn geen directe kosten voor de ouders verbonden. Als de huisarts of de jeugdarts een individuele zorgvraag constateert, dan kan deze het adoptiekind doorverwijzen naar gespecialiseerde zorgverleners zoals de kinderarts. De kosten van de kinderarts worden dan wel vergoed vanuit de basisverzekering.

In de hierboven genoemde handreiking zal ook aandacht besteed worden aan de vraag waar de jeugdartsen specifiek op moeten letten bij medische screening van adoptiekinderen. Verder zal ik laten zien of en hoe deze informatie onder de aandacht van huisartsen gebracht moet worden.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn

## **Invulling adoptieazorg 2013–2014**

### **Aanleiding**

De Inspectie Jeugdzorg (IJZ) heeft in haar brief van 3 november 2011 aanbevelingen gedaan ten aanzien van de invulling van de adoptieazorg. De IJZ constateert dat er sprake is van onevenwichtigheid in de fase voorafgaand aan de adoptie en de fase na de plaatsing van het adoptiekind. Voorafgaand aan de plaatsing van het adoptiekind doorlopen de aspirant adoptieouders een verplicht traject van onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming, voorlichting verzorgd door de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) en matching en bemiddeling door vergunninghouders. Na de plaatsing van de adoptiekind in het gezin is er nauwelijks meer bemoeienis met de adoptieouders, tenzij ouders hier zelf om vragen. De IJZ is van mening dat het zicht op het adoptiekind na de plaatsing in het gezin onvoldoende is gewaarborgd, waardoor een mogelijke stagnerende ontwikkeling of toenemende problematiek niet tijdig worden gesignaleerd. Daarnaast doet de IJZ ook de aanbeveling om een medische en/of psychosociale screening voorafgaand en na de plaatsing van het adoptiekind standaard op te nemen in de adoptieprocedure.

In deze notitie wordt ingegaan op de vraag hoe deze aanbevelingen adequaat ingevuld kunnen worden in (in ieder geval) de periode tot 1 januari 2015. Hierbij is advies gevraagd aan Stichting Adoptievoorzieningen (SAV), Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Vanaf 1 januari 2015 zal er veel veranderen: de zorg voor jeugd wordt dan gedecentraliseerd naar gemeenten. Deze notitie besteedt geen aandacht aan de vraag wat er na 1 januari 2015 verandert op het terrein van adoptieazorg: dat wordt duidelijk in het kader van overleg tussen VNG en Rijk over het nieuwe stelsel van zorg voor jeugd.

### **Achtergrond**

Jaarlijks worden er in Nederland circa 500 kinderen door middel van interlandelijke adoptie in gezinnen geplaatst. Deze kinderen zijn, in tegenstelling tot een aantal jaren geleden, in meerderheid ouder dan twee jaar. Bij een meerderheid van de kinderen is sprake van een medische aandoening en/ of een belaste psychosociale achtergrond (special need). Onderzoek (Van den Dries, 2009) wijst uit dat adoptiekinderen, die na hun eerste levensjaar worden geadopteerd minder vaak veilig gehecht zijn. Juist onveilige gehechtheid is een voorspeller van latere gedragsproblemen en psychopathologie (IJzendoorn e.a., 1999). Herstel van gehechtheid is mogelijk, maar komt niet vanzelf tot stand (Juffer, 2005). Ouders hebben adoptiespecifieke hulp en psycho-educatie nodig om het overlevingsgedrag van het kind te herkennen en het kind te helpen zijn basisvertrouwen te herstellen. Datzelfde geldt voor leerkrachten en andere opvoeders in de directe omgeving van het kind.

## **Invulling van de aanbeveling van de IJZ gedurende 2013 en 2014**

### ***De Stichting Adoptievoorzieningen (SAV)***

De SAV verzorgt in opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie algemene voorlichting over adoptie, de registratie van de adoptieprocedure en het verplichte voorbereidingstraject voor aspirant-adoptieouders.

Daarnaast biedt de Stichting met subsidie van het ministerie van VWS nazorg na plaatsing van een adoptiekind in de vorm van informatie,

advies en ondersteuning aan adoptiegezinnen. Het aanbod bestaat ondermeer uit een telefonische advieslijn, video-interactiebegeleiding aan adoptiegezinnen met kinderen die korter dan drie jaar in Nederland zijn, consultatiegesprekken thuis en op school en de oudercursus Goede Start. De SAV heeft vooral expertise ontwikkeld op het gebied van het bevorderen van de hechtings – en ingroeiproces van adoptiekinderen in gezinnen en op emotie en stressregulatie. Daarnaast verwijst de Stichting Adoptievoorzieningen naar adoptiedeskundige hulpverleners op basis van een daartoe samengestelde sociale kaart en draagt zorg voor deskundigheidsbevordering van reguliere (jeugd) hulpverleners. Voor een onderbouwing van de cijfers en percentages wordt verwezen naar de bijlage bij deze notitie.

De SAV ontvangt bericht van een nieuwe plaatsing van een adoptiekind in een gezin en beschikt zodoende over een actueel overzicht. Volgens gegevens van de SAV wordt 20% van de adoptiekinderen binnen een jaar na de plaatsing in het adoptiegezin door de SAV gezien, door middel van adoptieconsultatie en video-interactiebegeleiding gericht op gehechtheid. Hierbij gaat het om adoptiekinderen waarvan de adoptieouders zelf om hulp vragen. De SAV schat op basis van het veranderende kindprofiel in, dat van de kinderen die niet tot de genoemde 20% behoren, 70–80% een verhoogd risico loopt op een stagnerende ontwikkeling.

### ***De Kinderarts***

Circa 500 adoptiekinderen per jaar in Nederland is voor kinderartsen een relatief klein aantal. Om die reden beschikken de SAV en de werkgroep Adoptie van de NVK sectie Tropische Kindergeneeskunde over een lijst van kinderartsen met expertise in adoptie.

Deze kinderartsen hebben in drie situaties te maken met adoptiekinderen.

1. Consult bij de kinderarts voorafgaand aan adoptie.  
De kinderarts met expertise in adoptie beoordeelt op papier het medisch deel uit het dossier van buitenlandse adoptiekinderen. Ouders kunnen deze kinderarts consulteren voordat zij besluiten het kind al dan niet te accepteren. Adoptieouders hebben vaak geen idee van de zwaarte van de (medische) aandoening(-en) en de impact die dit heeft op het opgroeiende kind in hun gezin. Als aspirant-adoptieouders een voorstel op papier krijgen, is er grote schroom om nee te zeggen omdat men bijvoorbeeld denkt dat een kind met deze afwijking beter af is in een land met goede medische voorzieningen. Ouders kunnen gemakkelijk voorbijgaan aan eigen draagkracht. Op dit moment vinden deze consulten incidenteel plaats en worden deze niet vergoed vanuit de basisverzekering.
2. Medisch onderzoek van het adoptiekind kort na aankomst in Nederland.  
Vrijwel alle adoptiekinderen worden op aanraden van de vergunninghouders kort na aankomst door een kinderarts met expertise in adoptie gezien. Kinderartsen werken volgens de NVK richtlijn «Onderzoek bij buitenlandse adoptiekinderen» ([www.nvk.nl](http://www.nvk.nl), rubriek kwaliteit, subrubriek richtlijnen).  
Recent onderzoek in Nederland toont aan dat 75% van alle kinderen een of meerdere aandoeningen heeft, die meestal goed behandelbaar zijn (Hoogenboom LA, de Weerd CFMM, Tjon a Ten WE, Mulder JC, Pelleboer RAA; Trends bij oriënterend medisch onderzoek van buitenlandse adoptiekinderen; Tijdschr Kindergeneeskd 2013; 81 (2); 31–37).  
Deze screening wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. Ouders moeten deze screening door een kinderarts, in tegenstelling tot een screening door huisarts of jeugdarts, zelf betalen of ten laste brengen van een eventueel aanvullende verzekering.

3. Medische begeleiding en behandeling van het adoptiekind bij gevonden aandoeningen. Dit wordt vergoed vanuit de basisverzekering.  
Kinderartsen zien de laatste jaren steeds complexere special needs kinderen met soms wel 3 ernstige aandoeningen (b.v. een kind met een aangeboren hartafwijking, een afwezige anus en een aangeboren afwijking van de genitalia). Ook kinderen waarvan de moeder in de zwangerschap bijvoorbeeld alcohol heeft gedronken zijn at risk (foetaal alcohol syndroom (FAS)).  
Recent is hierover een discussie gestart in de werkgroep Adoptie van de NVK. De uitkomsten van deze discussie zullen met het ministerie van Veiligheid en Justitie worden besproken. In ieder geval is de richtlijn vanuit de Nederlandse wet, namelijk dat een kind goed moet kunnen opgroeien in een gezin en later zelfstandig in de maatschappij moet kunnen functioneren, richtinggevend.

### ***De Jeugdarts***

De jeugdarts werkzaam bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft zicht op alle kinderen (0 tot 19 jaar) op de volgende manieren:

1. Na een mutatie in de gemeentelijke basisadministratie (dus na plaatsing van een adoptiekind) ontvangen de ouders een oproep voor een bezoek aan de jeugdgezondheidszorg.
2. Via de periodieke contactmomenten waarin ook de vaccinaties van het Rijksvaccinatieprogramma worden aangeboden.
3. Extra contact met kinderen als de ouder of de jeugdarts daar aanleiding voor ziet.
4. Naar aanleiding van een signaal: dit kan de kinderarts zijn. Gezien de special needs zijn er vrij veel adoptiekinderen die een kinderarts bezoeken. Kinderartsen informeren de jeugdarts doorgaans schriftelijk over het kind dat zij in behandeling hebben
5. Via de school: scholen overleggen met en verwijzen door naar de jeugdarts en de JGZ is lid van het zorg advies team (ZAT).
6. De jeugdarts werkt in het CJG.

Sterk punt van de jeugdarts is dat ze zich richt op het gezond en veilig opgroeien van alle kinderen en het normale, positieve opvoeden door ouders. Hierdoor wordt in de volle breedte («vanuit het normale») naar het adoptiekind gekeken. Dit betekent wel dat zo nodig de betreffende jeugdarts te rade moet kunnen gaan bij professionals die kennis hebben over de specifieke problemen die bij adoptie(nazorg) kunnen spelen, zoals de SAV, de behandelend kinderarts en jeugdzorg.

### **Aanbevelingen SAV, NVK en AJN**

De SAV, NVK en AJN vinden het belangrijk voor deze groep kinderen en hun ouders dat er naar verschillende aspecten gekeken wordt en zondig gehandeld. Naast de hechting is de medische zorg en sociaal-emotionele ontwikkeling gedurende het opgroeien en ontwikkelen tot een volwassene een verantwoordelijkheid van ouders, onderwijs en hulpverleners. Deze zorg begint al vóór de adoptie; informatie aan de adoptieouders over alle aspecten van opgroeiende (adoptie)kinderen is belangrijk.

#### *Aanbevelingen van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde*

Omdat er een hoog percentage «special needs» kinderen is beveelt de NVK aan dat de aanstaande adoptieouders voorafgaand aan de adoptie een kinderarts spreken. Dit is bij voorkeur dezelfde kinderarts die het kind en ouders na de adoptie wederom ziet voor grondig medisch onderzoek. Relevante medische gegevens worden schriftelijk overgedragen naar

ouders, huisarts en jeugdarts. Op dit moment wordt dit consult en deze screening niet vergoed vanuit de basisverzekering. Ouders zouden deze zorg niet zelf moeten betalen. Tevens adviseert de NVK dat alle vergunninghouders een overeenkomst hebben met een kinderarts met expertise voor buitenlandse adoptiekinderen die, voordat het kind ter adoptie aangeboden wordt schriftelijk beoordeelt. De kans dat een kind een andere aandoening blijkt te hebben dan wat de ouders van tevoren dachten, wordt daardoor fors kleiner. Tenslotte adviseert de NVK een actief beleid vanuit de SAV om ieder adoptiekind en het nieuwe gezin ook na plaatsing te volgen ten aanzien van de sociale en emotionele ontwikkeling, met name op het gebied van de hechting. De jeugdgezondheidszorg kan hierin een signalerende rol vervullen.

#### *Aanbevelingen van de Stichting Adoptievoorzieningen:*

De Inspectie voor de Jeugdzorg komt tot de conclusie dat het zicht op de ontwikkeling van adoptiekinderen op dit moment onvoldoende is. Het lijkt de SAV dan ook wenselijk dat de JGZ het zicht op adoptiekinderen systematisch gaat verbeteren door bij het bezoek van adoptieouders aan de jeugdgezondheidszorg bijvoorbeeld een signaleringslijst op het gebied van gehechtheid, emotie en stressregulatie te laten invullen. Indien een kind in het risicogebied valt, is doorverwijzing van de jeugdarts naar de SAV evident. De SAV is graag bereid dit op korte termijn met de AJN en NVK nader uit te werken in de vorm van een handreiking of richtlijn. Door het veranderende profiel van de kinderen (ouder dan twee jaar en complexe special needs kinderen) is er sprake van een verhoogd risico op een stagnerende sociale- en emotionele ontwikkeling. Voor deze groep ouders is preventieve versterking van opvoedingsvaardigheden gericht op het proces van wennen en hechten noodzakelijk en urgent. Het zicht op de ontwikkeling van het kind is juist bij deze groep noodzakelijk vanwege de grotere kans op psychisch trauma in de voorgeschiedenis. De Stichting Adoptievoorzieningen pleit voor een vanzelfsprekend, laagdrempelig adoptiespecifiek hulpaanbod aan deze gezinnen op basis van het risicoprofiel bij de matching van het kind.

De Inspectie voor de Jeugdzorg wijst ook op de informatie uitwisseling binnen de adoptieketen. De Centrale Autoriteit Interlandelijke Adoptie (ministerie van V&J) en de vergunninghouders (bemiddelende adoptiebureaus) beschikken over de dossiers van de adoptiekinderen, op basis waarvan al vooraf een risicoprofiel te schetsen is. De SAV is er voorstander van dat zij ook een proactieve rol krijgen in het actief verwijzen van adoptieouders met een kind (of kinderen) met een verhoogd risicoprofiel naar hulp en consultatie van de SAV. Door deze gezinnen te verwijzen, kunnen latere problemen worden voorkomen en dus kosten, die gemaakt worden doordat er een beroep wordt gedaan op tweedelijnszorg, bespaard. Hiermee wordt ook recht gedaan aan het Haagse Adoptieverdrag, die immers aan ontvangende landen vraagt te zorgen voor voorbereiding én nazorg.

#### *Samengevatte aanbevelingen van de drie partijen*

Uit de aanbevelingen van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Stichting Adoptievoorzieningen blijkt dat een invulling van de adoptienazorg zoals deze door de IJZ is aanbevolen, niet begint op het moment dat het adoptiekind in het gezin is geplaatst.

Voor een adequate invulling van de adoptienazorg is de rol en betrokkenheid van vergunninghouders, kinderarts met expertise op het gebied van adoptie, Stichting Adoptievoorzieningen en de reguliere jeugdgezondheidszorg van belang. Om de zorg rond adoptie(na)zorg soepel te laten verlopen bestaat een gedeelde verantwoordelijkheid voor de ministeries van Veiligheid en Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De aanbevelingen op het gebied van de medische en medisch-sociale evaluatie voorafgaand en na de plaatsing van het adoptiekind in het gezin worden niet vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet, omdat het medisch onderzoek geduid wordt als screening waarbij geen sprake zou zijn van een individuele zorgbehoefte. Deze interpretatie staat in schril contrast tot het feit dat 75% van alle kinderen bij medisch onderzoek kort na aankomst een of meerdere aandoeningen heeft, die meestal goed behandelbaar zijn.

Om het zicht op het adoptiekind na de plaatsing in het gezin te bevorderen, is het verantwoord om ervan uit te gaan dat de beschreven bestaande werkwijze van de JGZ een basis kan leveren voor de invulling van de aanbeveling van de inspectie. Hierbij is het wel van belang dat de professionals die werkzaam zijn binnen de kindergeneeskunde, JGZ en adoptiespecifieke organisaties, zoals de SAV, elkaar weten te vinden. Het voorstel om de samenwerking tussen reguliere jeugdgezondheidszorg, in adoptie gespecialiseerde kinderarts en gespecialiseerde adoptienazorg te bevorderen, moet in de vorm van een handreiking Adoptie met als onderwerp screening en adequate doorverwijzing verder worden ontwikkeld. Hierbij zal gezocht worden naar een breed draagvlak bij professionals die in hun werk te maken (kunnen) krijgen met adoptiespecifieke problematiek.

Daarnaast is het noodzakelijk dat de gezinnen met kinderen met een verhoogd risicoprofiel in het eerste jaar na aankomst een adoptiespecifieke consultatie van de Stichting Adoptievoorzieningen krijgen. De begeleiding moet zich specifiek richten op de basis van de sociale- en emotionele ontwikkeling (gehechtheid, emotie- en stressregulatie) van het kind en zijn ouders. Op deze manier wordt het zicht op het kind en het gezin geborgd. Deze consultatie biedt de mogelijkheid om vroegtijdig ontwikkelingsachterstanden en gezinsproblematiek te signaleren, hulp te bieden en zo nodig te verwijzen naar een intensiever begeleidingstraject. De kost gaat ook hier voor de baat uit: om dit aanbod te realiseren, is een beperkte verhoging van het budget voor adoptiespecifieke nazorg noodzakelijk.



## Onderbouwing cijfers

We zijn uitgegaan van de adoptiecijfers 2011. In 2011 zijn 528 kinderen naar Nederland gekomen.

Vervolgens hebben we een risicoprofiel opgesteld. Kinderen met de volgende kenmerken lopen meer risico en zouden altijd gezien moeten worden.

- 2 jaar en ouder
- meerling plaatsing
- SN categorie E: deze kinderen hebben een sociaal-emotioneel belaste achtergrond, bijv. geboren uit incest, trauma in de voorgeschiedenis, etc.
- 6 jaar en ouder: JGZ ziet deze kinderen niet
- 3 of meer overplaatsingen in het land van herkomst: op basis het nazorgbehoefte onderzoek dat wij dit jaar hebben verricht, blijkt dat 50% van de kinderen in deze categorie valt.
- complexe SN: kinderen die direct na adoptie opgenomen worden in het ziekenhuis en/of waarvan de SN ernstiger is dan bij voorstel bekend.
- Alleenstaande ouder

Risicofactoren	aantal	% van de 528
> 2 jaar	327	62%
meerling	85	16%
6 jaar en ouder	24	5%
alleenstaande ouder	8	2%
complexe SN (SN ernstiger dan bij voorstel bekend) <sup>1</sup>	10	2%
SN categorie E (sociaal-emotionele belaste achtergrond)	36	7%
3 of meer overplaatsingen in land van herkomst <sup>2</sup>	264	50%

<sup>1</sup> geschat op basis van VIB-aanmeldingen

<sup>2</sup> op basis van ons nazorgbehoefteonderzoek van 2012 onder 1224 adoptiegezinnen.

Om dubbele tellingen te voorkomen hebben we de cijfers als volgt gefilterd.

Risicofactoren	filter
> 2 jaar	218
meerling	85
6 jaar en ouder	24
alleenstaande ouder	2
complexe SN (SN ernstiger dan bij voorstel bekend)	10
SN categorie E (sociaal-emotionele belaste achtergrond)	36
3 of meer overplaatsingen in land van herkomst	264
	375
	<b>71% van totaal</b>

## Toelichting

1. De kinderen van 6 jaar en ouder en de meerlingen hebben we uit de telling van kinderen van 2 jaar en ouder gehaald (327–109 = 218). Meerlingen en 6+-ers moeten we sowieso zien.
2. De alleenstaande ouders hebben we handmatig nagelopen om dubbelingen met andere categorieën te voorkomen. We houden 2 alleenstaande moeders over met kinderen die in de risicocategorie vallen.



3. De kinderen met bovengenoemde SN's (sociaal-emotioneel belast en ernstigere SN's dan vooraf bekend) moeten sowieso gezien worden. Deze kunnen we niet ontdebelen omdat wij deze kinderen anoniem registreren. We tellen ze wel mee. Daarentegen tellen we de kinderen met 3 of meer overplaatsingen niet mee terwijl zij ook tot de risicogroep horen.

Deze uitkomsten hebben we opgeteld en we komen op 375 unieke kinderen. Dit is dus 71% van het totaal aantal adopties in 2011.

### **Reguliere subsidie versus extra subsidie**

<b>Gezien in 2011 binnen reguliere subsidie</b>	<b>76</b>
Vallen binnen risicoprofiel	53
Nog te zien (375-53)	322
Nog te zien buiten reguliere subsidie (322/528*100)	61%

Toelichting: In 2011 hebben we 76 kinderen gezien (VIB, consultatie aan huis, ouderbegeleiding in groepsverband). We hebben alleen die kinderen geteld die binnen 1 jaar na aankomst door ons zijn gezien. Als we ervan uitgaan dat 71% van deze 76 kinderen aan het risicoprofiel voldoet, dan hebben we dus al 53 kinderen gezien binnen de reguliere subsidie. Van de 375 kinderen die in 2011 gezien zouden moeten worden, zijn er dus 322 nog niet gezien (375-53).

Kortom: 61% van de 528 kinderen worden niet gezien binnen ons reguliere aanbod.

### **Prognose 2013-2014**

We rekenen op gemiddeld 450 kinderen per jaar in 2013 en in 2014. Als 61% daarvan nog extra gezien moet worden, dan zijn dat 275 kinderen extra per jaar.

P. Benders  
Directeur SAV  
April 2013