

Henstilling med retningslinjer vedrørende vurderingen af adoptionsansøgers fysiske og psykiske helbredsforhold

Til adoptionssamrådene, samrådssekretariatet, Danish International Adoption og Ankestyrelsen.

Det er blevet besluttet, at retningslinjerne vedrørende vurderingen af adoptionsansøgers fysiske og psykiske helbredsforhold ikke længere skal være reguleret i vejledningsform. Dette sker blandt andet for at lette sagsgangen ved eventuelle ændringer af retningslinjerne.

Nævnet har derfor besluttet at vedtage denne henstilling, som erstatter og indholdsmæssigt er i overensstemmelse med retningslinjerne i tidligere gældende vejledning nr. 10369 af 27. december 2014 om vurderingen af adoptionsansøgers fysiske og psykiske helbredsforhold. Enkelte afsnit i henstillingen er efterfølgende opdateret (fodnote: Henstilling med retningslinjer vedrørende vurderingen af adoptionsansøgers fysiske og psykiske helbredsforhold, den 14. oktober 2015. Afsnittet om cervix cancer er opdateret den 6. december 2017. Afsnit om organtransplantation og immunsuppressiv behandling er opdateret 9. juli 2018. Afsnit om overvægt er opdateret 14. oktober 2022. Afsnit om hjerte- og kredsløbssygdomme er revideret den 9. december 2024. Afsnit om nervesygdomme er revideret den 8. september 2025. Afsnittet om psykiske sygdomme er revideret den 8. december 2025. Afsnittet om kræftsygdomme er revideret den 8. december 2025. fodnote slut).

Indledning

I forbindelse med ændringen af lov om adoption ved lov nr. 358 af 2. juni 1999 om ændring af adoptionsloven (International adoption) blev der sat fokus på de krav, der stilles til adoptionsansøgers helbredsmæssige forhold ved godkendelse som adoptant efter lovens § 4 a.

Folketingets Retsudvalgs betænkning af 20. maj 1999 over lovforslaget indeholdt bl.a. følgende:

”Vedrørende helbredsforhold har justitsministeren anført, at der i lovforslaget er lagt op til en liberalisering af praksis på området, navnlig for så vidt angår betydningen af handicaps.

Det anføres således under pkt. 8.3. i lovforslagets almindelige bemærkninger, at der bør ske en lempelse af praksis, således at personer med handicap i højere grad end i dag efter en individuel vurdering vil kunne godkendes som adoptanter. Endvidere anføres bl.a., at der herved bør anlægges en bredere synsvinkel end den medicinske, således at også anden sagkyndig bistand, herunder fra Det Centrale Handicapråd, inddrages.

Med hensyn til sygdomme bør det løbende overvejes, om der – i lyset af nyere udvikling på det medicinske område m.v. – er grundlag for at tage praksis på området op til revision. I det omfang,

det er relevant og hensigtsmæssigt, bør der inddrages eksternt sagkundskab, f.eks. i form af drøftelser med Retslægerådet eller Sundhedsstyrelsen.

Endelig bør retningslinjerne for, hvilke sygdomme og handicaps der i almindelighed bør føre til afslag på godkendelse som adoptant, være så gennemskuelige og forudsigelige som muligt, og de bør være offentligt tilgængelige.

På den baggrund blev der nedsat en arbejdsgruppe, som havde til opgave at gennemgå de eksisterende retningslinjer vedrørende helbredsmæssige krav til adoptionsansøgere ved godkendelse som adoptant og komme med forslag til fremtidige retningslinjer.

Disse retningslinjer er resultatet af arbejdsgruppens arbejde. Arbejdsgruppen inddrog i sit arbejde de seneste forskningsresultater og den seneste speciallitteratur inden for en række af de sygdomskategorier.

I kapitel 2 beskrives dels de lovgivningsmæssige rammer for godkendelse som adoptant dels de overordnede hensyn (kriterier), der normalt må tillægges vægt ved vurderingen af ansøgernes helbredsforhold samt ved vurderingen af en ansøgers handicap.

Det primære sigte med vurdering af helbredsforholdene er at undgå en særlig belastning af adoptivbarnet. En sådan belastning kan bl.a. være en følge af ansøgerens fysiske eller psykiske sygdomme, tidlige død eller funktionsnedsættelse (handicap).

I kapitel 3 gennemgås en række fysiske sygdomsgrupper, og i kapitel 4 gennemgås spørgsmål omkring ansøgerens psykiske helbredstilstand. Endelig gennemgås i kapitel 5 oplysningsgrundlaget generelt for bedømmelsen af ansøgerens helbredsforhold.

Retningslinjerne er løbende blevet opdateret på enkelte punkter og vil fremover blive ændret i takt med, at nævnet får ny praksis.

Retningslinjerne gælder også for Færøerne og Grønland. Det bemærkes dog, at henvisningerne til bekendtgørelse om adoption er til den bekendtgørelse, der gælder for Danmark. Tilsvarende bestemmelser findes i de administrative forskrifter, der gælder for Færøerne og Grønland.

Kapitel 2

Generelle betragtninger

Ved behandlingen af en ansøgning om godkendelse som adoptant skal adoptionssamrådet tage stilling til, om ansøgeren opfylder de krav, der gælder med hensyn til adoptionsansøgers fysiske og psykiske helbredstilstand. Kravene hertil er reguleret i § 22, nr. 1, i bekendtgørelse om adoption (adoptionsbekendtgørelsen):

”§ 22. Det er endvidere en betingelse for at blive godkendt som adoptant, at

1) ansøgerens fysiske og psykiske helbredstilstand ikke forringer mulighederne for, at adoptionsforløbet bliver til barnets bedste,

2) ...”

Afgørende for bedømmelsen af ansøgerens helbredsforhold er, om ansøgeren lider af helbredsmæssige problemer, som i væsentlig grad forringer ansøgerens muligheder for at tage vare på barnet i hele dets opvækstperiode.

Ved bedømmelsen af helbredsforholdene bør der således for det første foretages en vurdering af ansøgerens aktuelle helbredstilstand. Herudover bør der søges opstillet en langtidsprognose, der omtrent dækker det tidsrum, inden for hvilken barnets opvækst vil finde sted, dvs. ca. 20 år.

Ofte vil prognosen være afgørende for, om ansøgeren kan godkendes. Uanset at ansøgerens helbredsmæssige problemer ikke aktuelt påvirker ansøgerens evne til at tage vare på barnet, vil det i mange tilfælde være af betydning, om der er en øget risiko for, enten at ansøgeren afgår ved døden under barnets opvækst, eller at de helbredsmæssige problemer i øvrigt udvikler sig i en så negativ retning, at det i væsentlig grad vil påvirke ansøgerens evne til at tage vare på barnet under opvæksten.

Der foretages en vurdering af ansøgerens helbredstilstand. Den omstændighed, at ansøgerens livsstil, arbejdsmæssige forhold, hobbies, familiære/genetiske dispositioner m.v. ud fra en generel betragtning indebærer en overdødelighedsrisiko eller risiko for at udvikle sværere sygdomme - uden at sygdommen dog har manifesteret sig på ansøgningstidspunktet – vil ikke i sig selv kunne føre til et helbredsmæssigt begrundet afslag.

Den fysiske helbredstilstand

Ved bedømmelsen af den fysiske helbredstilstand skal der - som nævnt ovenfor - lægges vægt på risikoen for, at ansøgeren afgår ved døden i barnets opvækstperiode. Man opererer i den forbindelse med begrebet overdødelighed, hvorved forstås det tal, hvormed antallet af døde i en befolkningsgruppe overstiger det forventede. Dette opgives som et procenttal.

Hvis ansøgeren lider af en sygdom, der indicerer en betydelig overdødelighed inden for de næste 15-20 år, bør ansøgeren ikke godkendes som adoptant.

Ved overdødelighed forstås en betydelig øget dødelighed i forhold til den raske befolkning. For raske personer i adoptionsansøgers aldersgruppe er dødeligheden for den efterfølgende 20 års periode stigende fra 2,5 % for 25-årige til ca. 10 % for 40-årige. Da den absolutte risiko for at dø inden for en 20 års periode altså stiger med alderen, bør sygdomsrisici tillægges større vægt, jo ældre ansøgeren er.

Blandt adoptionsansøgere ses en del relativt sjældne sygdomme, hvor det er vanskeligt i faglitteraturen at finde tal for prognosen. Der må i disse tilfælde foretages et fagligt skøn ud fra en speciallægevurdering.

Ved bedømmelsen af ansøgerens helbredsforhold skal der endvidere lægges vægt på, om ansøgeren lider af en sygdom, der medfører en betydelig risiko for et belastende og langvarigt sygdoms-, behandlings- og/eller indlæggelsesforløb. I sådanne tilfælde må der foretages en vurdering af, hvordan sygdommen influerer på dagligdagen i familien samt på ansøgerens evne til at tilgodese barnets behov for omsorg, nærhed, udfordringer og oplevelser.

Den omstændighed, at den ene af ansøgerne er rask, kan som udgangspunkt ikke kompensere for, at den anden ansøger lider af en sygdom, der indicerer en betydelig overdødelighed og/eller et belastende sygdomsforløb. Det skal således søges sikret, at begge adoptanter vil være i stand til at tage vare på barnet i hele dets opvækst. Er der tale om en eneadoptant, må der dog i tvivlstilfælde i særlig grad anvendes et forsigtighedsprincip ved vurderingen af ansøgerens helbredstilstand.

Den omstændighed, at en ansøger har en kronisk funktionsnedsættelse/handicap, er ikke i sig selv til hinder for, at den pågældende kan godkendes som adoptant. Afgørelsen heraf må bero på en konkret vurdering, hvorunder der må anlægges en bredere synsvinkel end en rent medicinsk.

Der må således foretages en samlet vurdering, hvorunder følgende forhold bør inddrages;

- Sværhedsgraden af funktionsnedsættelsen, herunder hvorvidt og i hvilket omfang og på hvilken måde funktionsnedsættelsen influerer på ansøgerens evne til at fungere som forælder til barnet.
- Kompensatoriske faktorer, herunder i hvilket omfang funktionsnedsættelsen er eller vil kunne kompenseres af ansøgeren selv, i fællesskab med ægtefællen/samleveren eller gennem social og/eller lægelig intervention.
- Ansøgerens livssituation i øvrigt.

Generelt set må det kræves, at begge ansøgere hver for sig har den nødvendige kapacitet til at etablere en tæt og kontinuerlig – fysisk og psykisk – kontakt med barnet, og at ansøgerne sammen kan tilgodese barnets behov for omsorg, pleje, udfordringer og oplevelser.

Den psykiske helbredstilstand

Visse afvigelser i personlighedsmønstret vil være af stor betydning for ansøgerens evne til at tage vare om barnet.

Hvis det – eventuelt efter psykiatrisk undersøgelse – ikke er muligt at påvise afvigelser eller lignende, kan der, hvis der alligevel består tvivl om ansøgerens egnethed, eventuelt iværksættes en psykologisk undersøgelse i fase 3. Der henvises til vejledning om adoption.

Kapitel 3

Gennemgang af de enkelte sygdomsgrupper i relation til ansøgers helbredstilstand

I dette kapitel gennemgås en række typiske sygdomsgrupper, og der opstilles nogle vejledende retningslinjer for, hvilken betydning disse sygdomme bør tillægges i adoptionsmæssig sammenhæng. Det skal understreges, at de opstillede retningslinjer er vejledende. Der skal således altid foretages en

konkret vurdering i den enkelte sag. Der bør i den sammenhæng tages hensyn til bl.a. sværhedsgraden af de pågældende helbredsmæssige problemer set i forhold til ansøgerens samlede sundhedstilstand.

Endvidere bemærkes, at livsstilsfaktorer m.v. – uanset at sådanne forhold normalt ikke i sig selv kan føre til et helbredsmæssigt begrundet afslag – i konkrete tilfælde vil kunne indgå i

den samlede vurdering, forudsat at disse har helbredsmæssig relevans, f.eks. rygning, motionsvaner og alkoholindtagelse.

Under de enkelte sygdomsgrupper anføres det i visse tilfælde, at der bør iværksættes speciallægeundersøgelse, inden der træffes endelig afgørelse. Dette indebærer, at adoptionsområdet bør træffe afgørelse herom efter adoptionsbekendtgørelsens § 32, stk. 3. Der henvises i øvrigt til kapitel 5 om oplysningsgrundlaget.

Hjerte- og kredsløbssygdomme

Medfødt hjertesygdom er i de fleste tilfælde en form for misdannelse: Hul i hjerteskillevæggen, fejlformede hjerteklapper, manglende lukning af forbindelsesåre mellem lungepulsåre og legempulsåre, forsnævring af legempulsåren eller en kombination af disse.

I de fleste tilfælde er disse misdannelser korrigeret operativt og oftest med godt resultat og god prognose. I disse tilfælde vil en medfødt hjertesygdom normalt ikke være til hinder for godkendelse. Er tilstanden derimod ikke korrigeret, og er hjertefunktionen nedsat, bør der som hovedregel gives afslag, da dette medfører øget risiko for sygelighed og tidlig død.

Erhvervede hjertesygdomme er i flertallet af tilfældene sekundære til ”åreforkalkning”, der inddrager hjertets kranspulsårer. Kan dette påvises hos en adoptionsansøger, bør det medføre afslag, da der er øget risiko for tidlig død ved påvist kranspulsåresygdom, selvom hjertefunktionen på godkendelsestidspunktet er normal. Hvis der tidligere har været en blodprop i hjertet, bør der i almindelighed gives afslag på grund af høj risiko for ny blodprop i hjertet.

Andre erhvervede hjertelidelser er forårsaget af infektion, som hyppigst er lokaliseret til hjerteklapperne. Hvis der efter sådan infektion består nedsat hjertefunktion, bør der som hovedregel gives afslag på ansøgningen. Hvis der operativt er indsat nye hjerteklapper, hvad enten det er såkaldt biologiske klapper eller mekaniske, kan godkendelse almindeligvis finde sted, hvis hjertefunktionen er normal, og ansøgeren er i korrekt behandling med blodfortyndende medicin. Der bør dog normalt iværksættes speciallægeundersøgelse. Ansøgere med hjerterytmeforstyrrelse vil som hovedregel kunne godkendes, hvis der ikke er nedsat hjertefunktion, også selvom ansøgeren skal have behandling med blodfortyndende medicin. Visse hjerterytmeforstyrrelser er alvorlige, og kan medføre afslag. Der bør normalt iværksættes speciallægeundersøgelse.

Øvrige kredsløbsslidelser (for eksempel i benene): Tidligt indsættende åreforkalkning ses oftest som følge af tobaksrygning og forhøjet fedtindhold i blodet. Denne tilstand medfører øget risiko for tidlig død og sygelighed, men bør være vurderet af en speciallæge.

Venesygdomme

Såvel åreknuder som venøs blodpropdannelse er hyppigt forekommende lidelser, som sjældent er af så alvorlig karakter, at det vil medføre afslag. Dette gælder dog ikke, når venøs blodprop har bredt sig til lungepulsårerne (lungeemboli) med blivende tillukning af væsentlige dele af disse. Det er en tilstand med dårlig prognose og tidlig død.

Forhøjet blodtryk

Hvis blodtryksforhøjelsen er velbehandlet og ukompliceret, bør det ikke medføre afslag. Hvis blodtrykket fortsat er højt under behandling, eller hvis der foreligger komplikationer fra nyrer, hjerne eller sværere forandringer i øjets nethinde, vil hovedreglen være afslag, da der er øget risiko for følgetilstande, specielt blodpropper i hjernen, hjerneblødning og nedsat nyrefunktion.

Lungesygdomme

Disse sygdomme er i antal helt domineret af astma og kronisk bronkitis (såkaldt kronisk obstruktiv lungelidelse, der oftest er forårsaget af rygning). De findes i alle grader fra ganske lette til dødeligt svære. Ansøgere med disse sygdomme må vurderes af speciallæge med måling af lungefunktionen. Er denne klart nedsat, bør der gives afslag på grund af øget risiko for sygelighed og tidlig død, ligeledes hvis lungelidelsen har medført hjertebelastning (cor pulmonale). I vurderingen må det tillægges betydning, hvor meget medicin sygdommen kræver, samt hvorvidt ansøgeren fortsat ryger.

Nyresygdomme

Hos ansøgere, der har fået foretaget organtransplantation (fx nyre, lever, hjerte eller lunge), bør der foreligge en speciallægeerklæring med oplysning om årsagen til transplantationen med henblik på en prognose for patienten. Dette skyldes, at for disse grupper af patienter kan være en overdødelighed betinget af den primære organsygdom og af bivirkninger til den nødvendige, livslange immunosuppressive behandling.

Mave-tarmlidelser

Mavesårssygdomme vil med moderne behandling kun meget sjældent give betænkelighed ved godkendelse.

De inflammatoriske tarmsygdomme: Der findes to hovedformer, colitis ulcerosa ("blødende tyktarmsbetændelse") og Crohn's sygdom.

Hvis colitis ulcerosa er behandlet operativt med fjernelse af den syge tyktarm eller er velbehandlet med medicin, giver sygdommen ikke i sig selv anledning til afslag.

Ved den form for inflammatorisk tarmsygdom, der kaldes Crohn's sygdom, kan sygdommen være lokaliseret i alle dele af mave-tarmsystemet, fra tungen til endetarmen, og sygdommen har et uforudsigeligt, ofte mere alvorligt og vekslende forløb med gode og dårlige perioder. Med moderne behandling er der ikke nogen væsentligt øget dødelighed (i løbet af 20 års sygdomsforløb), men ca. 2/3 af patienterne med Crohn's sygdom vil i perioder have høj sygdomsaktivitet, som vil kunne influere væsentligt på dagligdagen. Inden for 15 års varighed vil patienten typisk have gennemgået

en eller flere operationer. Crohn's sygdom bør derfor i almindelighed medføre afslag.

Visse patienter med Crohn's sygdom har et mere gunstigt forløb, særligt hvor sygdommen alene er lokaliseret til tyktarmen. I sådanne tilfælde vil godkendelse eventuelt kunne gives, hvis sygdommen har været i ro i en længere årrække. Der bør iværksættes specialundersøgelse.

Nervesystemets sygdomme

Hyppigst forekommende blandt adoptionsansøgere er epilepsi i forskellige varianter, samt såkaldte demyeliniserende sygdomme, særligt sklerose. Hvis epilepsi er velbehandlet, således at ansøgeren er anfaldsfri og velfungerende i sin dagligdag, kan der gives godkendelse efter undersøgelse hos speciallæge.

For demyeliniserende sygdomme (f.eks. multibel sklerose) gælder, at disse sygdomme er så variable i behandling og prognose, at der altid skal foreligge en neurologisk speciallægeerklæring, der beskriver den enkelte patients aktuelle tilstand, behandling og formodede prognose.

Både spændingshovedpine og migræne er meget hyppigt forekommende tilstande, der normalt kun giver lette eller moderate gener, som ikke bør medføre afslag.

Ved svære tilfælde med hyppige migræneanfald, kronisk spændingshovedpine eller stort medicinforbrug kan sygdommen dog være en så betydelig belastning af familien, at der må gives afslag. I så tilfælde bør der foreligge en speciallægeundersøgelse.

Autoimmune sygdomme

Herved forstås sygdomme, som er forårsaget af øgede mængder autoantistoffer, det vil sige antistoffer mod organismens egne celler eller celledele. I dag er en omfattende række meget forskellige sygdomme klassificerede som autoimmune. Blandt de almindeligste af disse sygdomme kan nævnes hudsygdommen psoriasis samt kronisk leddegigt. Det store flertal af ansøgere med disse sygdomme vil kunne godkendes. Nogle af disse sygdomme kan udvikle sig så alvorligt, at det bør medføre afslag. Ansøgere med disse sygdomme bør vurderes af speciallæge.

Sukkersyge

Adoptionsansøgere med denne sygdom har den oftest i den form, der fordrer insulinbehandling. Har denne været i mere end 10 år, bør ansøgeren vurderes af speciallæge. Er sygdommen velreguleret og ukompliceret, vil det ikke medføre afslag. Forekomst af mikroalbuminuri, nethindeforandring eller nyrepåvirkning er komplikationer, der som hovedregel medfører afslag. Ikke-insulinkrævende sukkersyge (diæt og/eller tablet-behandlet) vil almindeligvis ikke foranledige afslag, medmindre sygdommen har givet komplikationer. Der bør foreligge opdaterede oplysninger om, hvorvidt der er komplikationer, evt. i form af speciallægeerklæring.

Stofskiftesygdomme

Stofskiftesygdomme (tyreotoksikose og myxødem) vil i almindelighed være lette at behandle, og ansøgere med disse sygdomme vil kunne godkendes, hvis stofskiftet er blevet normalt ved behandling. Kun i usædvanlige tilfælde med svært regulerbart stofskifte eller med komplikationer til

sygdommen i form af alvorlig øjensygdom må afslag efter speciallæge-vurdering overvejes.

Overvægt

En persons vægt skal vurderes i relation til højden. Overvægt kan bedømmes ud fra det såkaldte body mass index, hvilket forkortes BMI.

BMI udregnes som personens vægt i kg, divideret med højden i meter i anden potens. Som eksempel kan man forestille sig en person, der vejer 70 kg og er 1,76 meter høj. BMI er så 22,6 kg/m². Ifølge WHO er BMI normalt mellem 18,5 og 24,9 kg/m².

Svær overvægt defineres af WHO som en ophobning af fedt i kroppen i en grad, der kompromitterer helbredet, og WHO har valgt et body mass index (BMI) på >30 kg/m² som grænsen for, hvornår en person har svær overvægt, hvilket igen kan opdeles i svær overvægt grad 1 (BMI: 30-35 kg/m²), grad 2 (BMI: 35-40 kg/m²) og grad 3 (BMI > 40 kg/m²).

Selv om der er en klar sammenhæng mellem stigende BMI og risiko for en række følgesygdomme, er det ikke givet, at den enkelte person med svær overvægt udvikler følgesygdomme.

Personer med svær overvægt grad 1 (BMI: 30-35 kg/m²) har ingen betydelig overdødelighed (20 års forløb). Dvs. at BMI under 35 kg/m² ikke bør medføre afslag. BMI over 35 kg/m² er generelt associeret med en øget dødelighed – om det drejer sig om en let øget eller en betydelig øget dødelighed afhænger især af, om der er opstået følgesygdomme så som diabetes, hypertension, søvnapnø, hjerte-karsygdom med videre. Derfor skal personer med BMI over 35 kg/m² vurderes hos læge/speciallæge med henblik på at afgøre deres individuelle risiko.

Et varigt vægttab kan være svært at opnå, men er muligt eksempelvis efter bariatrisk kirurgi. Samtidig falder dødeligheden på sigt efter bariatrisk kirurgi, således at den nærmer sig baggrundsbefolkningens. Således vil et varigt vægttab (ud over 12-24 måneder) forventeligt gavne overlevelsen i en sådan grad, at et tidligere afslag bør revurderes.

Ved beregningen af ansøgerens BMI anvendes den vægt, som fremgår af helbredsattesten fra ansøgerens egen læge og ved eventuel udfærdigelse af efterfølgende speciallægeerklæring, den vægt, som måles på dette tidspunkt.

En ansøger, der tidligere har fået afslag som følge af overvægt, men som søger på ny efter at have tabt sig, skal fremsende dokumentation, f.eks. en erklæring fra egen læge, kostvejleder m.v. på, at den nye og lavere vægt har været stabil i mindst 12 måneder.

Organtransplanterede

Hos ansøgere, der har fået foretaget organtransplantation (fx nyre, lever, hjerte eller lunge), bør der foreligge en speciallægeerklæring med oplysning om årsagen til transplantationen med henblik på en prognose for patienten. Dette skyldes, at der for disse grupper af patienter kan være en overdødelighed betinget af den primære organsygdom og af bivirkninger til den nødvendige, livslange immunosuppressive behandling.

Ansøgere, der tidligere har gennemgået knoglemarvstransplantation, vil kunne godkendes efter konkret vurdering, hvis de er medicinfri og helbredt for grundsygdommen.

Observationstiden efter afsluttet behandling bør være 8 år.

Transplantation af knoglestykker, hornhinde eller hud giver i sig selv ingen betænkelighed ved godkendelse.

Kræftsygdomme

Behandling og dermed prognosen er meget forskellig for forskellige kræftsygdomme. Nogle kan helbredes med meget lille risiko for tilbagefald, nogle har større risiko for tilbagefald, og nogle kan ikke helbredes, men behandles med midler, der gør, at de pågældende patienter lever et helt normalt liv med samme forventning til livslængde som normalbefolkningen.

Det er derfor ikke muligt at sætte generelle grænser for observationstiden efter behandling med henblik på helbredelse (intenderet kurativ behandling) for kræftsygdomme. Nogle kan observeres kort tid (få år), andre kræver længere tid. Der må derfor for adoptionsansøgere, der har haft kræft, og for adoptionsansøgere, som har en ikke-helbredelig kræftsygdom altid foreligge en udtalelse fra den afdeling, hvor patienten har været behandlet, eller hvor patienten stadig er i aktiv behandling eller i opfølgende forløb.

Gynækologiske cancere og ikke mindst behandling af disse, leder ofte til infertilitet og dermed for en dels vedkommende til ønske om adoption.

I 2017 er der foretaget et større afklarende stykke arbejde vedrørende nødvendig observationstid efter afsluttet cancerbehandling for de hyppigst forekommende cancere.

Sammenfattende kan nedenstående observationstider, sammen med en konkret vurdering af ansøgeren, bruges i forbindelse med vurderingen af, om en given ansøger kan godkendes som adoptant.

Cervix cancer (livmoderhalskræft):

Tid efter diagnosen (afsluttet behandling), hvor godkendelse kan opnås.

Cervix cancer (livmoderhalskræft)	Tid efter diagnosen
St IA1	12 måneder
St IA2	12 måneder
St IB1, trachelectomi(keglesnit) uden lymfeknude metastaser	24 måneder
St IB1, radikal hysterectomi (fjernelse af uterus) uden lymfeknude metastaser	24 måneder
St IB1, med lymfeknude metastaser Eller strålebehandling af anden grund	5 år
St II A	3 år
St IIB	5 år
St IIIA og IIB	8 år
St IV	8 år

Ovariecancer (æggestokkræft):

Epithelial type

Tid efter diagnosen (afsluttet behandling), hvor godkendelse kan opnås.

Ovariecancer (æggestokkræft): Epithelial type	Tid efter diagnosen
St IA, IB og IC1	2 år
St IC2 og IC3	3 år
St II	5 år
St III-IV	8 år

Borderline type

Ovariecancer (æggestokkræft): Borderline type	Tid efter diagnosen
St IA, IB og IC1	12 måneder
St IC2 og IC3	1 år
St II	5 år
St III-IV	8 år

Uterus cancer (kræft i livmoderhulen)

Type I: Endometrioidt adenocarcinoma, mucinøst adenocarcinom.

Uterus cancer (kræft i livmoderhulen) Type I: Endometrioidt adenocarcinoma, mucinøst adenocarcinom.	Tid efter diagnosen
St IA og IB (Lavrisiko) Grad* 1 og 2 uden invasion i lymfe- eller blodkar Myometrie- invasion < 50 %	1 år
St IA og IB (Mellemrisko) Grad* 1 og 2 med invasion i lymfe- eller blodkar Grad 3 og < 50 %myometrie- invasion	3 år
St IA og IB (Højrisiko) Grad* 3 og > 50 %myometrie- invasion	5 år
St II	5 år
StIII	8 år
StIV	9 år

*Grad 1: højt differentierede carcinomer, 2: moderat differentierede carcinomer, 3: lavt differentierede carcinomer

Type II: non-endometrioidt adenocarcinom , det vil sige serøs eller clearcelle adenocarcinom.

Uterus cancer (kræft i livmoderhulen) Type II: non-endometrioidt adenocarcinom , det vil sige serøs eller clearcelle adenocarcinom	Tid efter diagnosen
St IA og IB	5 år
Uafhængig af invasion i lymfe-eller blodkar	
St II	5 år
St III	8 år
St IV	8 r

Hudkræft: Såkaldt basocellulært carcinom og helt overfladisk modermærkekræft (melanoma malignum, ikke dybere end 0,6 mm) giver ikke grundlag for afslag, men der bør foreligge en speciallægevurdering.

Medicinbivirkninger

En del medikamenter er ved længere tids brug behæftet med så udtalte bivirkninger, at de forårsager øget sygelighed og dødelighed. Dette gælder først og fremmest ved medicinsk behandling af kræft, såkaldt kemoterapi eller cytostatisk behandling. Efter afsluttet behandling med cytostatika kan der senere forekomme udvikling af leukæmi. Denne øgede leukæmirisiko er tidsmæssigt stort set begrænset til de første 8 år efter afsluttet cytostatika- behandling. Der må foretages en konkret vurdering af sygdommens art og den givne medicin.

Immunosuppressiv behandling

Ved visse tilfælde fa fx autoimmune sygdomme og ved organtransplantation nedsættes immunapparatets funktion ved at kombinere blandt andet prednisolon med et eller flere cytostatisk virkende stoffer. Ved igangværende immunosuppressiv behandling bør der foreligge en speciallægeerklæring med oplysning om årsagen til den immunosuppressive behandling og prognosen for patienten. Dette skyldes, at der for disse grupper af patienter kan være en overdødelighed betinget af den tilgrundliggende sygdom primære sygdom og af bivirkninger til den i nogle tilfælde livslange immunosuppressive behandling.

HIV/AIDS

Der henvises til Adoptionsnævnets henstilling af 4. marts 2013 vedrørende behandling af ansøgninger om godkendelse som adoptant, hvor en ansøger er HIV-positiv, der findes på

Kapitel 4

Den psykiske helbredstilstand

Vurderingen af den psykiske helbredstilstand hænger nøje sammen med vurderingen af ansøgenes personlige og familiære forudsætninger for at adoptere. Det psykiske helbred har stor betydning for, om man godkendes til at adoptere, da psyke og personlighed skønnes at være et af de vigtigste kriterier for, hvor egnet man er til at tage imod- og skabe en tryk og udviklende ramme for adoptivbarnet.

Det kan være vanskeligt at få udførlige og dækkende oplysninger til at vurdere de psykiske og personlighedsmæssige forudsætninger. Omfanget og karakteren af tilgængelige oplysninger i den almindelige sagsbehandling vil variere betydeligt, hvorfor det ikke er muligt at anføre helt præcise retningslinjer. I tilfælde, hvor der er tale om udtalte afvigelser, gives der afslag, men selv i sådanne tilfælde, er den viden, man har om, hvilke egenskaber, der er de bedste for at skabe et godt adoptivhjem begrænsede, og vurderingen bliver ofte skønsmæssig. Jo mere erfaring, viden og menneskekendskab sagsbehandleren har, og jo fyldigere oplysninger der foreligger, jo større er muligheden for, at alvorlige afvigelser afdækkes.

For at kunne vurdere ansøgerens psykiske helbredstilstand i forhold til adoption, bør man navnlig være opmærksom på ansøgenes modenhed, tilknytningsevne, kontakt- og indfølelsesevne samt psykisk ligevægt, begavelse og realitetssans. Vurderingen sker ofte i sagsbehandlingen og på baggrund af ansøgenes livshistorie og relationer.

For barnet er det vigtigt, at forældrene er psykisk raske under dets opvækst, ikke blot fordi de skal kunne forsørge og passe det, men også fordi sygdom kan skabe utryghed i miljøet og påvirke hele familiesituationen negativt.

Som udgangspunkt bør en nuværende eller tidligere psykiatriske diagnose hos adoptanten afstedkomme en individuel vurdering af, hvilken betydning denne har for adoptantens liv aktuelt og ift. at håndtere de følelsesmæssige, sociale og praktiske forandringer, der følger med at adoptere.

Vedvarende psykiske lidelser som fx skizofreni eller mani og hermed beslægtede tilstande bør som udgangspunkt medføre et afslag.

Ansøgere med psykisk udviklingshæmning (nedsat kognitivt funktionsniveau) kan ikke godkendes som adoptanter. Man bør ikke godkende et familiemiljø, hvor et barn

intellektuelt vil blive stimuleret ringere end i et normalt miljø, da dette vil hæmme barnet i dets udvikling eller påvirke dets udvikling uhensigtsmæssigt.

Vedvarende forstyrrelser af personligheden vil i udgangspunktet gøre en ansøger uegnet som adoptant og motivere afslag. Her bør der som udgangspunkt ikke alene lægges vægt på ansøgerens sociale tilpasnings- og arbejdsevne, men også på hvorledes tilstanden påvirker forholdet til andre mennesker eller hæmmer følelsesliv, ansvarlighed og kontaktevne.

For personer, der tidligere har haft medicin-, stof- eller alkoholmisbrug, vil der ofte være en betydelig risiko for tilbagefald hertil, og der må vises stor varsomhed med godkendelse af ansøgerne.

Aktuel psykisk lidelse hos en af ansøgerne, bør som udgangspunkt medføre afslag på adoptionsansøgning. I tilfælde, hvor en ansøger tidligere i livet har haft en forbigående sindslidelse, bør det vurderes om dette har betydning for adoptantens forudsætninger aktuelt. En gennemgang af de lægelige oplysninger fra sygdomsperioden kan eventuelt afdække, om sygdommen hovedsageligt var udløst af særlige omstændigheder, eller om den i højere grad var udtryk for nedsat modstandskraft som følge af personlighedsmæssige svagheder. Hvis sygdommen var udløst af særlige ydre omstændigheder, vil godkendelse kunne overvejes, såfremt betingelserne i øvrigt er til stede. En psykiatrisk og/eller en psykologisk undersøgelse bør sædvanligvis foretages, bl.a. med henblik på at vurdere sygdommens baggrund og dermed sikkerheden for, at den ikke kan vende tilbage.

Psykiatriske diagnoser som bl.a. depression, angst, OCD, ADHD, autisme, spiseforstyrrelser og PTSD ses i mange variationer og med store gradforskelle. Ansøgere med varige psykiatriske diagnoser, bør som udgangspunkt ikke godkendes, men der kan være eksempler, hvor der er tale om milde symptomer og en velbehandlet, stabil tilstand og hvor ansøgeren har mange kompenserende ressourcer. Her må ansøgeren vurderes grundigt og ofte vil det ikke være tilstrækkeligt at foretage en traditionel psykiatrisk speciallægeundersøgelse. Det vil ofte være påkrævet at gennemføre en psykologisk undersøgelse, eventuelt med anvendelse af tests, med henblik på at tilvejebringe et mere detaljeret billede af ansøgerens personlighed og relationelle forudsætninger.

Kapitel 5

Oplysningsgrundlaget

Efter adoptionsbekendtgørelsens § 2, stk. 3, skal ansøgeren i forbindelse med ansøgningen fremsende en helbredserklæring, som er udfyldt af ansøgeren selv, og en helbredsattest fra ansøgerens egen læge. Helbredsattesten må ikke være mere end tre måneder gammel på

ansøgningstidspunktet.

I tilfælde, hvor der i erklæringen eller attesten fremkommer oplysninger om helbredsmæssige problemer, bør statsforvaltningen normalt indhente en udtalelse fra den behandlende læge, omfattende oplysninger om diagnose, behandling og eventuelt prognose. Ansøgerens samtykke hertil skal foreligge.

Hvis adoptionssamrådet vurderer, at der, før der træffes afgørelse, er behov for en speciallægeundersøgelse, kan adoptionssamrådet bestemme, at en sådan undersøgelse af ansøgeren skal iværksættes. Det vil være hensigtsmæssigt at sende et eksemplar af disse retningslinjer til speciallægen sammen med anmodningen om en undersøgelse.

Ved vurderingen af en kronisk funktionsnedsættelse (et fysisk handicap) må der anlægges en bredere synsvinkel end en rent medicinsk. Det bør derfor overvejes at indhente en udtalelse fra anden sagkyndig side, via Det Centrale Handicapråd, medmindre det er åbenbart, at funktionsnedsættelsen er uden betydning for godkendelsen som adoptant.