

Helena Lapinleimu, Hanna Raaska, Jouni Lapinleimu ja Marko Elovainio

## Kansainvälisen adoption muutos Suomessa: aiempaa vähemmän lapsia mutta enemmän eriasteisia erityistarpeita

Kansainvälisen adoption kautta vuosittain Suomeen tulevien lasten määrä on pienentynyt sadoista lapsista kymmeneen, joista suurin osa on erityistarpeisia. Erityistarpeiden kirjo on laaja ja käsittää esimerkiksi leikkauksella korjattavia rakennepoikkeamia, sydänvikoja, kehitysviivästymiä ja aistiongelmia. Kun vuoden 2012 adoptiolaki rajoitti lasten ja vanhempien ikäeroa, siitä seurasi, että ulkomailta adoptoidaan myös aikaisempaa vanhempia lapsia, jopa kouluikäisiä. Kaikkia lapsia – myös terveitä – yhdistää vähintään yksi hylkäämiskokemus. Jotkut lapset ovat kokeneet useita hylkäämisiä, vaille jäämistä ja kaltoin kohtelua. Tämä tekee kansainväliseen adoptioon tulevista lapsista erityistarpeisia, joten adoptoituja kohtavalta lääkäriltä vaaditaan erityisosaamista.

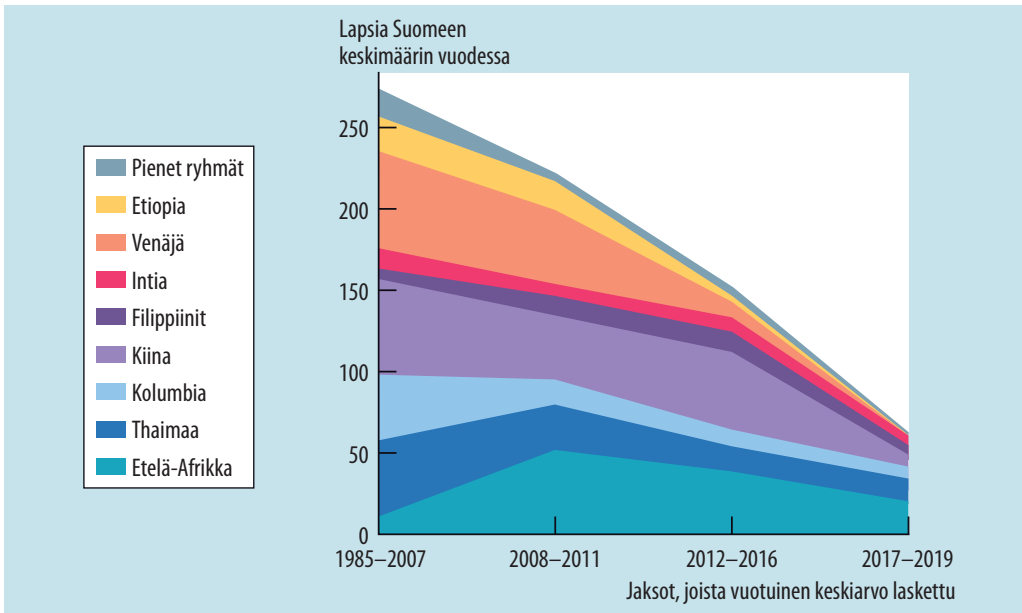
Ruunaan vuosikymmenen aikana kansainvälinen adoptio on muuttunut. Monet maat, joista aiemmin tuli Suomeen paljon lapsia, eivät enää luovuta lapsia adoptioon. Vennäjä lopetti lasten luovutuksen Suomen tasarvoisen avioliittolain myötä. Levottomat olot estivät adoptiot Keniasta, ja Kiinassa terveet ja pienet lapset päätyvät adoptioon kotimaassaan. Muutosten seurauksena kansainväliseen adoptioon päätyvien lasten määrä on pienentynyt. Kun huippuvuonna 2005 adoptoitujen määrä oli 340, vuonna 2019 Suomeen tuli enää 67 ja vuonna 2021 joulukuuhun mennessä 63 lasta. Samalla adoptioon tulee lapsia, joilla on sellainen terveydellinen haaste, joka adoption lähtömaissa on määritetty erityistarpeeksi (special need). Monet perheet valitsevat erityistarpeisen lapsen lyhemmän odotusajan vuoksi.

Käynnissä oleva FinAdo-tutkimus (Finnish Adoption Study) selvittää adoptoitujen terveyttä, hyvinvointia ja sopeutumista. Käynnistimme FinAdo 1 -tutkimuksen vuosina 1985–2007 maahan tulleiden 1 800 adoptoidun lapsen ja heidän perheidensä kyselytutkimuksella (1). Sen jälkeen uusien alle seitsemän vuoden iässä vuosina 2012–2016 maahan

tulleiden 150 lapsen terveyttä on seurattu FinAdo 2 -pitkittäisseurantatutkimuksessa. Heidän kognitiivisen kehityksensä ja kouluun sopeutumisenensa testaaminen toisen kouluvuoden keväällä on käynnissä.

Kansainvälisesti adoptoidut lapset ovat kokeneet eron biologisista vanhemmistaan. Heitä ei voida suoraan rinnastaa johonkin toiseen lapsiryhmään, kuten kotimaasta adoptoituihin tai sijoitettuihin lapsiin, pakolaisiin tai maahanmuuttajaperheiden lapsiin. Kansainvälisesti adoptoidut lapset eroavat keskenään lähtöolonsa, saamansa hoidon ja alkuvaiheen kokemuksiensa osalta. FinAdo-tutkimuksen mukaan jaksolta 1985–2007 jaksolle 2012–2016 lastenkodista tulleiden lapsien osuus suureni 56 %:sta 81 %:iin, kun sijaisperheestä tulleiden lasten määrä samalla väheni 9 %:sta 2 %:iin.

Vuonna 1985 säädettyä ensimmäistä ulkomaisia adoptiota koskevaa lakia uudistettiin vuonna 2012 (2). Adoptiovanhemman ikää rajoitettiin enintään 50 vuoteen ja enintään 45 vuotta lapsen ikää suuremmaksi. Adoptiohetkellä vanhemman oletetun jäljellä olevan eliniän tulisi olla vähintään 20 vuotta ja elämänlaatu hyvää.



**KUVA.** Ulkomailta Suomeen adoptoitujen lasten maahantulomäärät adoptiolautakunnan tietojen mukaan. Ensimmäinen ja kolmas jakso vastaavat FinAdo-tutkimuksien tiedonkeruun aikaa ja toinen sekä neljäs näiden välistä ja jälkeistä ajanjaksoa. Eripituisten jaksosten keskiarvot on yhdistetty, ja siten kuva esittää ajan merkityksen epälineaarisenä trendinä. Dominikaanisesta tasavallasta, Guatemalasta, Puolasta, Romaniasta, Sri Lankasta ja Vietnamista on tullut yksittäisiä adoptiolapsia Suomeen vuoteen 2007 saakka, Virosta ja Keniasta on tullut yksittäisiä lapsia vuoteen 2006 saakka. Taiwanista ja Bulgariasta on edelleen tullut yksittäisiä lapsia vuosina 2017–2019. Kaikki nämä ryhmät on yhdistetty pieniksi ryhmiksi.

## Suomen adoptiot

Vuoden 1985 jälkeen Suomeen on tullut noin 4 700 lasta kansainvälisten adoptioiden kautta (**KUVA**). Nykyisin toimilupia on seitsemän maan kanssa: Bulgarian, Etelä-Afrikan, Filippiinien, Intian, Kiinan, Kolumbian ja Thaimaan. Vuosina 1985–2007 tulleet lapset olivat useammin tyttöjä. Saapuvan lapsen keskimääräinen ikä oli noin 2,2 vuotta (vaihteluväli 0,1–13,3 vuotta) (1). Nykyään Suomeen tulevien lasten keski-ikä on noin 2,8 vuotta, heistä 67 % on poikia ja 6 % saapuu yli seitsemänvuotiaana (3). Vertailun vuoksi kotimaisia, perheen ulkopuolisia adoptioita Suomessa on arviolta noin 3–8 vuosittain.

## Adoptoitujen lasten terveydentilan muutos

Lapsista saadaan etukäteistietona terveystiedot, ja heidät tutkitaan Suomeen saapumisen jälkeen lastenneuvolassa, omalääkäriä terveys-

keskuksessa tai lastenlääkärin vastaanotolla. Täysin terveiden lasten määrä on pienentynyt. FinAdo 1 -tutkimukseen osallistuneista raportoitiin terveiksi 72 % mutta FinAdo 2 -tutkimukseen osallistuneista vain 46 %.

Jos lähtömaasta oli ilmoitettu tieto terveysongelmasta, havaittiin 52 %:lla myös Suomessa vastaava sairaus (1). Jos lähtömaasta ei ollut ilmoitettu mitään terveysongelmia, 79 %:lla lapsista ei havaittu sairauksia maahantulotarkastuksessa tai myöhemmin. Erikoissairaanhoidon lähetettiin varhaisemmassa aineistossa lapsista kaikkiaan 44 % ja myöhäisemmässä jo ensitarkastuksen jälkeen 33 %. Adoptioon päätyvien lasten mahdollisia erityistarpeita esitetään **TAULUKOSSA**.

## Adoptoitujen lasten somaattinen terveys

**Rakennepoikkeavuudet.** FinAdo-tutkimuksen mukaan vuosina 1985–2007 Suomeen tulleista lapsista noin 15 %:lla oli rakennepoik-

**TAULUKKO.** Ulkomailta Suomeen adoptoitujen lasten mahdollisia erityistarpeita.

**Rakennepoikkeavuudet**

- Huuli- ja suulakihalkiot
- Sydänviat
- Raajojen epämuodostumat
- Anaaliatresia

**Krooniset infektiot**

- B- tai C-hepatiitti
- HIV-infektio

**Hematologiset sairaudet**

- Hemoglobiinopatiat: talassemiat, sirppisoluanemia
- Glukoosi-6-fosfaattidehydrogenaasin puute
- Hemofiliat, von Willebrandin tauti

**Oireyhtymät**

- Kromosomipoikkeavuudet (Downin oireyhtymä)

**Psykiatriset ja kehitykselliset häiriöt**

- Lapsuuden kiintymyssuhteiden reaktiivinen häiriö ja kiintymyssuhteiden estottomuus
- Reaktiot vaikeaan stressiin
- Neuropsykiatriset häiriöt
- Aiempiin kasvuympäristön puutteisiin liittyvät neurokognitiiviset erityisvaikeudet ja älyllisen kehityksen viiveisyys

keavuuksia ja vuosina 2012–2016 tulleista noin 48 %:lla. Huuli- ja suulakihalkioita esiintyi 1,5 %:lla ja 6 %:lla adoptoiduista. Suulakihalkio on vain harvoin korjattu lapsen lähtömaassa, mutta lähes 80 % huulihalkioista on korjattu (4).

Suulaen sulkemista suositellaan ennen 12 kuukauden ikää, jotta halkio ei vaikuttaisi puheen kehitykseen (5). Kansainvälisesti adoptoitujen lasten halkio suljetaan keskimäärin noin 21 kuukautta myöhemmin kuin biologisissa perheissään asuvien lasten (6). Niistä lapsista, joiden suulaen primaarinen sulkua oli tehty lähtömaassa, jopa puolet tarvitsee korjausleikkauksen uudessa kotimaassaan (7).

Halkiosta kärsivistä lapsista puheen ja nielemisen ongelmia on raportoitu 49 %:lla adoptoiduista ja 15 %:lla biologisissa perheissään elävistä lapsista (5). Halkion myöhäisestä sulkemisesta aiheutuu adoptoiduille muitakin haittoja, esimerkiksi välikorvan nesteeseen liittyvää kuulon heikkenemistä, vaikka heillä oli yhtä usein sekretorisen välikorvatulehduksen (”liimakorva”) hoitamiseksi asetettuja tärykalvoputkia (6).

Joidenkin adoptoitujen lasten erityistarpeen on aiheuttanut anorektaalianomalia. On esitet-

ty, että jopa 77 % lähtömaassa korjatuista adoptoitujen lasten anomaliaista vaatii uuden leikkauksen (8). Näissä tapauksissa peräaukko oli istutettu sulkijalihaksen ulkopuolelle 50 %:lla pojista ja 39 %:lla tytöistä (8). Anorektaalianomaliat aiheuttavat perheelle henkistä kuormaa lapsen ulosteen- ja virtsanpidätyskyvyn puutteiden, syöpäriskin sekä munuaisten vajaatoiminnan riskin vuoksi (8,9).

Monilla adoptoiduilla lapsilla on ollut eriasteisia sydänvikoja, pienestä kammioväliseinän aukosta aina kombinoituneisiin, vaikeisiin sydänvikoihin, kuten Fallot’n tetralogiaan tai valtasuonten vaihtumiseen. Sydänvikojen määrä lisääntyi FinAdo 1- ja -2-tutkimuksien välillä 5 %:sta 17 %:iin. Leikkauksen vaatineilla sydänvioilla näyttäisi uuden suomalaisen rekisteritutkimuksen mukaan olevan merkitystä myöhemmässä elämässä, sillä ne saattavat heikentää koulutuksellista ja ammatillista menestymistä vaikeudestaan riippumatta (10).

**Aistiongelmat.** Adoptoitujen lasten kuulo- ja näköongelmat ovat yleisiä, ja niitä tulisi seuloa sekä hoitaa heti maahan saapumisen jälkeen (11). Adoptoitujen kuulo- ja näköongelmat olivat The Minnesota International Adoption Project -tutkimuksessa itsenäinen, merkitsevä käyttäytymisen ja kehityksen ongelmien riskitekijä (11). Tässä eri maista adoptoitujen yli 3 000 lapsen yhdysvaltalaisaineistossa selvitettiin kysely- ja puhelinhaastattelulla, että näkö oli tutkittu 61 %:lta ja kuulo 59 %:lta lapsista maahantulovaiheessa. Tutkituista lapsista näköongelmia todettiin 25–31 %:lla ja kuuloongelmia 12–13 %:lla.

FinAdo-aineistossamme näön ongelmia todettiin 10 %:lla varhaisemmassa materiaalissa ja 7 %:lla myöhäisemmässä sekä kuulon ongelmia vastaavasti 2 %:lla ja 6 %:lla. Asian vakavuutta suhteuttaa se, että Suomessa aistiongelmiensa osalta erityisenä riskiryhmänä pidetään pikkukeskosia, joista noin 5 %:lla todetaan näkö- ja noin 2 %:lla kuuloongelmia (12,13).

**Adoptoitujen lasten kasvu ja kehitys**

Uuteen kotimaahan saapuvien adoptoitujen kasvussa on todettu viiveitä (14). Jokaista las-

tenkodissa vietettyä noin kolmen kuukauden oleskelua kohti kasvu hidastuu keskimäärin yhdellä kuukaudella (14). FinAdo 2 -aineistossa on viitteitä siitä, että saavutuskasvu on käynnistynyt jo lastenkoti-iäkan lähtömaassa (15).

Tutkimuksessamme ei havaittu eroa terveiden ja rakenteeltaan poikkeavien lasten kasvussa, mutta kehitysviiveisillä lapsilla oli muita enemmän myös kasvuviihettä. Aiemmissä tutkimuksissa adoptoitujen kehitys on maahan-tulovaiheessa arvioitu viiveiseksi kaikilla osaluilla, mutta jo kuukausien seurannassa lapset ovat kuroneet eroa kiinni (16). Kognitiivisen iänmukaisen kehitystason saavuttaminen oli erityistarpeilla heikompaa kuin terveillä, mutta tässä tutkimuksessa erilaisia erityistarpeita ei eroteltu (16).

**Kielenkehitys.** Adoptiolasten kieli kehittyi nopeasti perheeseen tulon jälkeen. Kielenkehitystä ohjaavat sekä geneettiset että ympäristötekijät. Iältään nuoremmilla lapsilla ympäristön vaikutus on suurempaa kuin vanhemmilla (17). Siksi on olemassa kaksi kielenkehityksen riskiryhmää: varhaislapsuudessa vaille jääneet tai vasta yli viiden vuoden iässä adoptoidut lapset. Molemmat saavuttavat ikätasoisien kielenkehityksen myöhemmin kuin varhaisessa iässä ja suotuisissa oloissa eläneet adoptoidut sekä saattavat tarvita tukitoimia (18).

Kielen vaihto syntymämaahan kielestä uuden kotimaan kieleen vaikuttaa kaikenikäisten kielenkehitykseen. Ensimmäisen kielen katoaminen erottaa adoptiolapsen kielenkehityksen maahanmuuttajataustaisten biologisessa perheessään elävien lasten kielenkehityksestä. Vanha kieli kadotetaan jo vuoden kuluessa, sillä adoptio-perheissä ei ole kielitaidon ylläpitämisen kannalta riittävästi lapsen ensimmäistä kieltä puhuvia (19). Adoptio-perheen kieltä tuleekin siksi pitää lasten äidinkielenä. Sen oppimiseen vaikuttavat kuitenkin synnyinmaan kielen rakenne ja äänteet, joten adoptoidun kielivaihtumuksena koulussa tulisi olla S2 eli suomi tai R2 eli ruotsi toisena kielenä, kuten muillakin maahanmuuttajilla.

Kolmasosalla adoptoiduista lapsista on joitakin kielenkehityksen ongelmia (19–21). Etenkin yli viiden vuoden ikäisinä adoptoiduilla on kielenkehityksessään ongelmia ja kirittäväää.

## Ydinasiat

- ▶ Adoptiolapset tarvitsevat strukturoidun tarkastuksen noin kahden viikon kuluessa maahan saapumisestaan.
- ▶ Adoptiolapsia tulee Suomeen aiempaa vähemmän, mutta heillä on merkittäviä sairauksia aiempaa useammin ja tarkat etiologiset tutkimukset usein puuttuvat.
- ▶ Aistiongelmien ovat yleisiä, joten niitä tulisi seuloa ja tarvittaessa aloittaa varhainen kuntoutus.
- ▶ Kielenkehityksen ongelmiin tulisi puuttua aiempaa varhaisemmin.
- ▶ Adoptiolasten psyykinen oireilu tulisi ottaa vakavasti ja huomioida mahdolliset taustaan liittyvät riskitekijät.
- ▶ Pitkittynyttä tai vaikeaa psykiatrista oireilua pitäisi selvittää moniammatillisessa adoptiolasten erityiskysymyksiin perehtyneessä työryhmässä tai konsultatiivisen tuen avulla.

Noin kolmanneksella koulu alkaa jo silloin, kun heidän kielitaitonsa on vielä puutteellinen, mutta akateemisia taitoja tulisi opiskella samaan aikaan (18). Se voi puoltaa tukiopetusta, koska vaikka arkikieli jo sujuisikin, kielen syvän ja abstraktisen merkityksen ymmärtämisessä voi olla puutteita vielä varhaisessa aikuisuudessa (19).

## Adoptoitujen lasten psyykinen terveys

Kansainvälisen adoption on todettu vaikuttavan myönteisesti lapsen psyykkiseen ja kognitiiviseen kehitykseen (22,23). Adoptoiduilla on kuitenkin taustassaan runsaasti psyykkisen kehityksen riskitekijöitä. Eron biologisesta äidistä lisäksi osa on kokenut useita hylkäämisiä. Joidenkin lasten saama hoiva ensimmäisinä elinvuosina on ollut puutteellista tai jopa kaltoinkohtelevaa. Nuoruusiän myötä myös omaan identiteettiin ja biologiseen taustaan liittyvä pohdinta sekä valtaväestöstä poikkeava

van etnisen taustan merkitys korostuvat, mikä lisää psyykkisen oireilun riskiä (24).

Erityistarpeisten osuuden suureneminen adoptoitujen lasten joukossa voi lisätä myös psykiatristen oireiden esiintyvyyttä. Adoptoiduilla lapsilla ja nuorilla on todettu olevan enemmän psyykkistä oireilua ja käyttäytymisongelmia kuin ikätovereillaan, myös lasten itse antaman tiedon perusteella, eikä tämä selity adoptiovanhempien taipumuksella hakea lapsilleen apua (24).

Puutteellisten hoivakokemusten on todettu vaikuttavan lapsen kehitykseen erityisen voimakkaasti ensimmäisten ikävuosien aikana, jolloin synaptiset yhteydet vakiintuvat ja muodostavat hermoverkostoja (25). Riittämättömässä, kaltointkohtelevassa tai jatkuvasti vaihtuvassa aikuisten hoivassa ensimmäiset ikävuotensa kasvaneilla lapsilla on todettu suurentunut käyttäytymis- ja kehitysongelmien riski (26). Osalle lapsista kehittyy psyykkisen hyväksikäytön tai laiminlyönnin seurauksena reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö, jossa lapsen suhde huoltajaansa on pitkäkestoisesti poikkeava ja ristiriitainen. Tällöin myös lapsen tunnesäätely on poikkeavaa (esimerkiksi välinpitämättömyyttä, vetäytymistä, aggressiivista vastetta toisen tunteisiin) (27).

Hoitajien jatkuvan vaihtumisen seurauksena lapselle voi kehittyä kiintymyssuhteiden estotomuuden häiriö, jolloin kyky valikoida lohduksen antajaa on puutteellinen. Vuorovaikutus vieraiden kanssa on poikkeavaa jo varhaislapsuudessa, jolloin lapsi on poikkeavan takertuva vanhempiinsa tai huomionhakuinen ja estottoman tuttavallinen vieraita kohtaan. Varhaislapsuuden jälkeen estoton tuttavallisuus korostuu, eikä lapsi välttämättä tee eroa omien vanhempiensa ja vieraiden välillä (27). FinAdo 1 -aineistossa reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tai kiintymyssuhteiden estotomuuden piirteitä oli 40 %:lla lapsista (28). Näiden erityispiirteiden on todettu lisäävän psykiatristen häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja kielenkehityksen vaikeuksien riskiä myöhemmin (20,29,30).

Tutkimuksia ulkomailta adoptoitujen lasten traumaperäisestä stressihäiriöstä ei juuri ole, koska lasten adoptiota edeltävistä kokemuksista tiedetään hyvin vähän. Adoptoitujen lasten

traumakokemukset voivat nykytietämyksen mukaan kuitenkin ilmetä myöhemmin erityisesti monimuotoisena traumaperäisenä stressihäiriönä, jonka tiedetään voivan kehittyä pitkittyneen ja vaikean lapsuuden trauman seurauksena (31,32).

Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö on otettu mukaan ICD-11-luokitukseen. Sen kuvataan ilmenevän vaikeana ja pysyvänä tunnesäätelyn vaikeutena, käsityksenä itsestä mitättömänä, lannistettuna tai arvottomana ja yhdistyvän traumaattiseen tapahtumaan liittyvään häpeän, syyllisyyden tai epäonnistumisen kokemukseen sekä vaikeutena ylläpitää ihmisuhteita ja läheisyyttä toisiin (32).

## Miten sopeutumista voitaisiin edistää?

Valtaosa adoptoiduista on toistaiseksi sopeutunut suomalaiseen yhteiskuntaan erinomaisesti. Tilanteen säilyttämiseen tarvitaan tukitoimia. Sairauksien diagnosoimiseksi, aistitoimintojen testaamiseksi, infektiosairauksien seulomiseksi ja hoitamiseksi sekä jatkoseurannan ohjelmoimiseksi suositellaan maahantulotarkastusta kaikille ulkomailta adoptoiduille noin kahden viikon kuluessa maahantulosta (1,33).

Adoptioerheet saavat harvoin tietoa lasten geneettisestä tai perhetaustasta, joten oireyhtymien poissulkemiseksi tehtävät tutkimukset ja rakennevikoihin liittyvät tutkimukset ovat perheeseen tullessa usein tekemättä (5). Lähtömaassaan leikatuilla lapsilla esiintyy enemmän resistenttejä bakteereja (34). Nämä tulisi tutkia ainakin lapsilta, jotka päätyvät jatkossa rakennevikojen korjausleikkauksiin. Mahdollisesti tarvittavia leikkauksia ei ole syytä viivyttää, sillä niiden ei ole todettu haittaavan kehittyvää kiintymyssuhdetta vaan korostavan vanhempien merkitystä lapsen tukena (35).

Kielitestejä nimenomaan adoptoitujen lasten kielenkehityksen mittaamiseen ei ole, eikä niitä suositella alle kaksi vuotta maassa asuneille. Jos kieli ei ala nopeasti kehittyä, on syytä aloittaa tukitoimet testeistä riippumatta. Kielenkehityksen viivettä ei tule selittää sillä, että lapsi on adoptoitu (19,36,37).

Adoptoitujen lasten psykiatristen häiriöiden

hoidossa tulisi ottaa huomioon adoptiotaustaan liittyvät erityispiirteet: kiintymyssuhdehäiriöt ja muut traumaperäiset häiriöt sekä mahdollisten kehityksellisten häiriöiden, erityispiirteiden ja kapea-alaisten oppimisvaikeuksien vaikutus oirekuvan taustalla. Nuorten osalta tulisi huomioida erityisesti identiteettiin ja etnisyyteen liittyvät kysymykset. Erityisesti pitkittyneiden ja vaikeiden oirekuvien yhteydessä suositellaan, että moniammatillinen adoptoituihin lapsiin perehtynyt työryhmä tutkisi lasta laaja-alaisesti. Tällöin hoidollisia interventioita voitaisiin kohdentaa oirekuvan taustalla vaikuttaviin osatekijöihin riittävän laajasti.

**HELENA LAPINLEIMU, dosentti, lastentautien ja neonatologian erikoislääkäri, kliininen opettaja**  
TYKS, lasten ja nuorten klinikka sekä Turun yliopisto, lastentautioppi

**HANNA RAASKA, LT, lastenpsykiatrian erikoislääkäri, osastonylilääkäri, kouluttajalääkäri**  
HUS, lastenpsykiatria

**JOUNI LAPINLEIMU, LT, sisätautien erikoislääkäri**  
Medisiininen toimialue, TYKS, Salon sairaala

**MARKO ELOVAINIO, professori**  
Psykologian ja logopedian osasto, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto ja THL

## Lopuksi

Kansainvälinen adoptio on muuttunut suuressi 2000-luvun alusta lähtien. Suomeen adoptoiduista lapsista valtaosa on toistaiseksi sopeutunut yhteiskuntaamme erittäin hyvin. Muutos kuitenkin lisää sekä lasten että tulevien adoptiovanhempien haasteita. Adoptoitavan lapsen elämän lähtökohdat ovat yhä useammin vaikeat. Suomalaisella terveydenhuoltojärjestelmällä on mahdollisuus auttaa monia, mutta tutkimuksiin ja hoitoon pääsy voi riippua valpaudesta ja uskalluksesta arvioida ongelmia varhain. ■

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Jaana Suvisaari

### SIDONNAISUUDET

**Helena Lapinleimu:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Helsingin kaupunki/ulkomaiset adoptiot, Interpedia ry, Pelastakaa Lapset ry)

**Hanna Raaska:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Biocodex, Pelastakaa Lapset ry)

**Jouni Lapinleimu:** Asiantuntijalääkäri (Pelastakaa Lapset ry)

**Marko Elovainio:** Ei sidonnaisuuksia

### KIRJALLISUUTTA

1. Lapinleimu H, Peltola V, Raaska H, ym. Ulkomailta adoptoidun lapsen maahantulo-tarkastus Suom Lääkäril 2012;67:775–81.
2. Adoptiolaki 22/2012. www.finlex.fi.
3. Adoptiolautakunnan toimintakertomus 2019. Dnro AD/70/2020. www.valvira.fi.
4. Werker C, de Wilde A, van der Molen M, ym. Internationally adopted children with cleft lip and/or palate: a retrospective cohort study. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2017;70:1732–7.
5. Knipper E, Davies J, Smith C, ym. Perioperative care of internationally adopted children: medical, surgical, and psychosocial considerations for a population of concern. Pediatric Anesthesia 2020;30:647–52.
6. Scholin J, Jonasson Å, Axelsson J. Surgical, speech, and hearing outcomes at five years of age in internationally adopted children and Swedish-born children with cleft lip and/or palate. J Plast Surg Hand Surg 2020;54:6–13.
7. Kaye A, Che C, Chew C, ym. Cleft care of internationally adopted children from China. Cleft Palate Craniofac J 2019;56:46–55.
8. Lane V, Skeritt C, Wood R, ym. A standardized approach for the assessment and treatment of internationally adopted children with a previously repaired anorectal malformation (ARM). J Pediatr Surg 2016;51:1864–70.
9. Grano C, Bucci S, Aminoff D, ym. Quality of life in children and adolescents with anorectal malformation. Pediatr Surg Int 2013;29:925–30.
10. Raissadati A, Knihtilä H, Pätiälä T, ym. Long-term social outcomes after congenital heart surgery. Pediatrics 2020;146:1e20193745.
11. Eckerle J, Hill L, Iverson S, ym. Vision and hearing deficits and associations with parent reported behavioral and developmental problems in international adoptees. Matern Child Health J 2014;18:575–83.
12. Fagerholm R, Vesti E. Keskosien retinopatia – riskitekijöiden tunnistamisesta hoitosuositukseen. Duodecim 2017;133:337–44.
13. Setänen S, Lehtonen L, Lapinleimu H, ym. Mitä PIPARI-tutkimus on opettanut pikkukeskosten pitkäaikaiskehityksestä? Duodecim 2018;134:118–25.
14. Miller LC, Chan W, Litvinova A, ym. Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. Acta Paediatr 2007;96:1765–9.
15. Lapinleimu H, Lapinleimu J, Heikkilä AR, ym. The association of catch-up growth and health in internationally adopted children – preliminary results from the Finnish Adoption (FinAdo 2) –study. The 7th International Conference of Adoption Research, ICAR 8.-12.7. 2018 Montreal, Kanada.
16. Welsh J, Viana A. Developmental outcomes of internationally adopted children. Adopt Quarterly 2012;15:241–64.
17. Hayiou-Thomas M, Dale P, Plomin R. The etiology of variation in language skills changes with development. A longitudinal twin study of language. from 2 to 12 years. Dev Sci 2012;15:233–49.
18. Glennen S. Speech and language guidelines for children adopted from abroad at older ages. Topics in Language Disorders 2009;29:50–64.
19. Glennen S. Speech and language development in adopted children. Kirjassa: Wrobel GM, Helder E, Marr E, toim. The Routledge handbook of adoption. New York: Routledge 2020.
20. Van Ijzendoorn M, Juffer F. 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. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1228–45.
21. Raaska H, Elovainio M, Sinkkonen J, ym. Adopted children's language difficulties and their relation to symptoms of reactive attachment disorder: the FinAdo study. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012;43:592–611.
  22. Pesonen AK, Räikkönen K, Paavonen J, ym. Adoptiolasten psyykinen hyvinvointi. *Duodecim* 2008;124:1835–41.
  23. Van Ijzendoorn M, Juffer F. 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. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1228–45.
  24. Askeland K, Hysing M, La Greca A, ym. Mental health in internationally adopted adolescents: A meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:203–13.
  25. Fox S, Levitt P, Nelson CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Dev* 2010;81:28–40.
  26. Cecil C, Viding E, Fearon P, ym. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2017;63:106–19.
  27. Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.
  28. Raaska H. International adoption. Symptoms of attachment disorders and their associations with the child's background and developmental outcome. Väitöskirja. Turku: *Annales Universitatis Turkuensis* 2015.
  29. Elovainio M, Raaska H, Sinkkonen J, ym. Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: results from the FinAdo study. *Scand J Psychol* 2015;56:53–61.
  30. Raaska H, Elovainio M, Sinkkonen J, ym. Internationally adopted children in Finland: parental evaluations of symptoms of reactive attachment disorder and learning difficulties – FinAdo study. *Child Care Health* 2011;38:697–705.
  31. Razuri EB, Howard AR, Parris SR, ym. Decrease in behavioral problems and trauma symptoms among at-risk adopted children following web-based trauma-informed parent training intervention. *J Evid Inf Soc Work* 2016;13:165–78.
  32. International statistical classification of diseases and related health problems. 11. painos. World Health Organization 2019. <https://icd.who.int/>.
  33. Red book. Report of the committee on infectious diseases. 31. painos. USA: Elk Grove Village 2018.
  34. Hansson E, Svensson H, Becker M, ym. Adopted children with cleft lip or palate or both, require special needs cleft surgery. *J Plast Surg and Hand Surg* 2012;46:75–9.
  35. Shipe M, Todd CE, Evans KN, ym. Optimizing surgical treatment of internationally adopted children with cleft lip and/or palate: understanding the family experience. *Cleft Palate Craniofac J* 2016;53:444–52.
  36. Scott K, Roberts J, Glennen S. How well do children who are internationally adopted acquire language? A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54:1153–69.
  37. Kaivosoja-Jukkola L. Adoptiolapsen kielenkehitys. Kirjassa: Sinkkonen J, Tervonen-Arnkil K, toim. Lapsi uusissa oloissa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 114–27.