

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| FORORD | 4 |
| SAMMENDRAG | 6 |
| SUMMARY..... | 8 |
| 1.0 INNLEDNING..... | 10 |
| 2.0 TEORETISK BAKGRUNN | 11 |
| 2.1 Adoptertes bakgrunn | 11 |
| 2.2 Lovverk og retningslinjer vedrørende Post Adoption Services (PAS) | 14 |
| 3.0 HVA EKSISTERER AV SÆRSKILT BISTAND (PAS) TIL ADOPTIVFAMILIEN? | 16 |
| 3.1 Tilbud i Norge | 16 |
| 3.1.1 Bufetat Region Midt-Norge – gruppeveiledningsprosjekt | 16 |
| 3.1.2 Asker-teamet | 17 |
| 3.1.3 Helsesøstrene i Kristiansund..... | 17 |
| 3.1.4 Tromsø..... | 18 |
| 3.1.5 RBUP øst og sør - gruppeveiledning..... | 18 |
| 3.1.6 Adopsjonsforeningene..... | 19 |
| 3.2 PAS i andre europeiske land..... | 20 |
| 3.2.1 Danmark..... | 20 |
| 3.2.2 Sverige..... | 22 |
| 3.2.3 Finland | 23 |
| 3.2.4 Island..... | 23 |
| 3.2.5 Nederland | 23 |
| 3.2.6 Luxembourg | 24 |
| 4.0 FORSKNINGSMETODE..... | 25 |
| 4.1 Spørreundersøkelse | 25 |
| 4.1.1 Resultater og oppsummeringer | 27 |
| 5.0 REDEGJØRING..... | 34 |
| 5.1 Er det behov for et kompetansesenter for adopsjon i Norge? | 34 |
| 5.2 Forslag til organisering | 35 |
| 5.2.1 Nasjonalt kompetansesenter for adopsjon | 35 |
| 5.2.2 Veiledere på fylkesnivå | 36 |
| 5.2.3 Målgruppe og omfang | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2.4 Individuell veiledning versus gruppeveiledning | 40 |
| 5.2.5 Kompetanseheving i barnehage, skole og hjelpeapparat | 40 |
| 5.3 Ressurser | 44 |
| 5.4 Finansiering | 47 |
| 5.5 Tidsplan | 48 |
| 6.0 KONKLUSJON | 50 |
| 7.0 LITTERATUR OG KILDER | 52 |
| 8.0 VEDLEGG | 54 |

Illustrasjonen på forsiden er oversikt over hvor adoptivfamilier har søkt bistand i etterkant av adopsjonen.

Opphavsrett til bildet på side 5: Adopsjonsforum

Opphavsrett til bide på side 51: iStockphoto

Forord

”Problemene var så skjulte. Vi fikk ikke hjelp før vår datter var 15 år. (Jeg begynte da hun var seks år). Ble betraktet som hysterisk mor.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelse gjennomført i prosjektet.)

Det å adoptere innebærer de største gleder, men kan også innebære mange utfordringer. Det er imidlertid store variasjoner; fra de adoptivfamilier som opplever få og små utfordringer til de som opplever mange og omfattende utfordringer.

Ansatte i adopsjonsforeningene Adopsjonsforum og InorAdopt har over lang tid mottatt tilbakemeldinger fra adoptivforeldre om at kompetansen på adopsjon er meget varierende i ulike kommuner. Mange adoptivforeldre får ikke tilstrekkelig hjelp med de utfordringene de sliter med. De har mange spørsmål og opplever i mange tilfeller at disse enten er ubesvart eller at det gis uriktige og utilstrekkelige svar. Konsekvensene kan bli svært omfattende og uheldige for barna og deres foreldre.

For å ta tak i disse utfordringene ble det i januar 2012 nedsatt en prosjektgruppe bestående av to representanter fra hver av de to adopsjonsforeningene Adopsjonsforum og InorAdopt. Styrene fra begge foreningene ga i fellesskap prosjektgruppen et mandat (vedlegg 1) med en tidsramme på ett år, det vil si innen utgangen av 2012. Prosjektperioden ble av flere årsaker utsatt til 31.03.13. Overordnet mål for prosjektet var å utrede behovet for et kompetansesenter for adopsjon, samt å foreslå en eller flere organiseringsformer. I sin helhet skulle følgende momenter berøres:

- Behov, hvem skal eventuelt betjenes av kompetansesenteret
- Forslag til organisering
- Ressurser
- Finansiering
- Tidsplan

Denne rapporten har til hensikt å besvare nevnte mandat og inneholder prosjektperiodens arbeid og resultater.

Prosjektgruppa har mange å takke for at dette prosjektarbeidet har latt seg gjennomføre. Først og fremst vil vi takke alle respondentene på spørreundersøkelsen for deres deltakelse og viktige bidrag. Videre vil vi takke alle dem som har delt sine erfaringer og kunnskap med oss, og da spesielt Peter Benders og Chris Thie (Foundation Adoption Services, Nederland), Jan Vroomans (Justisdepartementet, Nederland), Lene Kamm (PAS-prosjektet, Danmark), Anne Britt Kvaale (Bufetat, Region Midt-Norge), Kristin Vonheim og Monica Dalen (Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo), Nina Olsen (Asker-teamet), Kari Slinning og Tori Mauseth (RBUP øst og sør) og Adopsjonsforum sitt Opplæringsutvalg. Takk også til våre kollegaer for praktisk bistand og hjelp.

Vi ber om at Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet tar initiativ, sammen med Helse- og omsorgsdepartementet, for å prioritere ressurser slik at rapportens anbefalinger følges opp.

Oslo/Kristiansand, mars 2013

Kai Skaugerud
Marianne Robertsen
Mette Bergman
Kristin Ugland Damsgaard



Sammendrag

I Norge i dag finnes det rundt 19 000 barn, ungdom og voksne som er adoptert via internasjonal adopsjon. Barna som adopteres, er ulike som barn generelt. Mange av dem har imidlertid noen fellesopplevelser i sin historie ved at de har opplevd mer eller mindre traumatiske opplevelser i sine opprinnelsesland. Dette kan medføre ekstra utfordringer for de adopterte barna og deres foreldre, etter adopsjonen. Videre vil en adopsjon i seg selv innebære utfordringer ved at barna adskilles fra alt som er kjent og må tilpasse seg en fullstendig ny tilværelse i et nytt land. Utfordringene kan arte seg på ulike måter, være av større eller mindre omfang, på kort eller lang sikt.

Studier viser at adoptivforeldre generelt sett har normative eller til og med optimale foreldreferdigheter (Juffer m.fl. 2011). Adopterte barns traumatiske bakgrunn, og eventuelle konsekvenser av dette, kan imidlertid innebære store utfordringer for den adopterte og adoptivforeldrene. Det er derfor svært viktig at de adoptivfamiliene som har behov for det, får nødvendig bistand fra kompetente fagfolk.

I henhold til gjeldene lov- og regelverk, både av nasjonal og internasjonal karakter, har adoptivfamilien krav på bistand. Haagkonvensjonen av 29. mai 1993, ratifisert av Norge 25. september 1997, er det regelverk som mest eksplisitt omhandler myndighetenes ansvar overfor adoptivfamilier.

Kompetansen blant fagfolk på adopterte barns bakgrunn og behov er imidlertid svært variabel i Norges 430 kommuner. Det sier seg selv at i en liten kommune med få adopterte er det både lite behov for at fagfolk innenfor for eksempel helsestasjon og skole har kunnskap om adopsjon, og det er liten mulighet for å opparbeide kompetanse på området. Når det imidlertid adopteres barn til kommunen, oppstår behovet for denne kompetansen for å sikre at både barna og deres familier får den nødvendige og lovpålagte bistand.

Mange av de over 19 000 adopterte og deres familier har opplevd å ikke få kvalifisert eller tilstrekkelig hjelp med sine utfordringer. For noen har dette medført store personlige problemer og belastninger over tid.

Ulike steder i Norge er særegne tiltak for adoptivfamilier prøvd ut. Situasjonen i andre europeiske land er svært variabel, fra land som har et godt system for bistand til adoptivfamilier, til land hvor dette nærmeste er fraværende. I prosjektperioden har vi innhentet erfaringer fra tiltak gjennomført i Norge, samt erfaringer fra andre land. På bakgrunn av adoptivfamiliens behov, og med hensyn til Norges geografiske struktur, har vi konkludert med hvilke tiltak som vil være det optimale i Norge. Prosjektarbeidet denne rapporten bygger på har synliggjort at det er behov for å samle kompetansen på et nasjonalt nivå, i et nasjonalt kompetansesenter, for å sikre kompetanseheving og utviklingsarbeid innenfor adopsjonsfeltet. For å sikre at kompetansen kommer den enkelte adoptivfamilie til gode, anbefales det videre at det ut ifra kompetansesenteret engasjeres veiledere på fylkesnivå som skal følge opp de enkelte adoptivfamilier. På denne måten sikres adoptivfamilien kompetent bistand, av fagfolk som får oppfølging og opplæring på nasjonalt nivå. Vi har i rapporten kommet inn på momenter om

hvem som er målgruppe for kompetansesenteret, organiseringsform, økonomiske- og tidsmessige aspekter.

Prosjektarbeidet har også synliggjort behovet for kompetanseheving innenfor faginstanser som møter adopterte og deres foreldre, og det er i prosjektrapporten foreslått ulike fremgangsmåter for å sikre dette.

Summary

There are approximately 19 000 internationally adopted children and youth in Norway today. All these children are individuals with different backgrounds and experiences. However, some have commonalities having had more or less traumatic experiences in their countries of origin. This may lead to challenges for the adopted children and their parents after the adoption. The adoption itself is a challenge as the children are separated from everything that is familiar to them, and they have to adapt to a completely new life in a new country. These challenges can be larger or smaller, they can last for shorter or longer periods of time, and they can develop in different directions.

Studies indicate that adoptive parents in general show normative or even quite optimal parenting skills (Juffer et al., 2011). However, adopted children's traumatic backgrounds and the possible consequences may cause significant challenges both for the adoptee and the adoptive parents. Thus it is very important that the adoptive families receive the necessary assistance from professionals if they are in need of it.

Adoptive families are entitled to assistance according to current national and international laws and regulations. The Hague Convention of 29 May 1993, which was ratified by Norway on the 25th of September 1997, is the regulation that most explicitly deals with the authorities' responsibilities for adoptive families.

The competence regarding adoptees' backgrounds and needs among professionals in Norway's 430 municipalities varies widely. In a small municipality, with only a few adoptees, it is obvious that there is no great need for professionals specialized in adoption at public health centers or schools. There are only a few places where you may acquire this specific competence. As adoptive children arrive in the municipality the need for this competence appears. The municipality must ensure that the children and their parents receive the assistance law entitles them to.

Many of the more than 19 000 adoptees and their families have experienced that they didn't receive properly qualified or sufficient assistance to deal with their challenges. For some of them this has caused great personal problems and long lasting burdens.

Specific measures for adoptive families have been taken in certain places in Norway. The situation in other European countries varies from countries with good systems for assistance to adoptive families to countries where assistance is close to non-existing. Throughout the duration of the project we have obtained experiences from different measures that have been taken in Norway as well as obtained experiences from other countries. Our conclusions regarding which measures would be optimal in Norway for adoptive families are based on the needs of these families and the specific geography of Norway. The project this report is based upon has made it obvious that the competence in this area has to be gathered at a national level at a national center of competence to ensure the improvement and development of the competence in the adoption field. To ensure that this competence will benefit each adoptive family it is furthermore recommended that professional trainers and instructors are hired at the county level and that they will give each family individual and specific follow up and assistance. Consequently, the

adoptive families will be ensured assistance from professionals who are followed up and trained at a national level. In this report we have touched upon the target group, organization, economy, and an estimated schedule for the competence center.

The project has also pointed out the need for improvement of the competence at professional institutions that encounter the adoptees and their parents. We have included suggestions for requirements that need to be fulfilled to ensure this.

1.0 Innledning

Adoptivfamilier er i lovverket sikret samme rettigheter som egenfødte familier når det gjelder krav på bistand på kommune- og fylkesnivå. For mange adoptivfamilier vil denne bistanden være tilstrekkelig. Dette er for eksempel bistand fra instanser som helsestasjon, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (heretter kalt PPT), familiesentre og barne- og ungdomspsykiatrien. En avgjørende faktor for om denne hjelpen er adekvat, er at fagfolkene har tilstrekkelig adopsjonskompetanse til å kunne hjelpe barnet og familien på rett måte og til rett tid.

Et kompetansesenter for adopsjon vil falle inn under definisjonen post-adopsjonstiltak (Post Adoption Services, heretter kalt PAS) for utenlandsadopterte barn, og det er dette som er hovedfokus i denne rapporten. Et kompetansesenter vil imidlertid også kunne ha en forebyggende funksjon, pre-adopsjon, noe vi vil komme tilbake til i redegjørelsen.

Primærfokus i dette prosjektarbeidet har vært de internasjonalt adopterte barna og deres foreldre. Imidlertid ser vi for oss at også nasjonalt adopterte barn og deres familier kan ha noen av de samme utfordringene. PAS-tiltakene bør dermed naturlig inkludere denne gruppen adoptivforeldre og adopterte barn også.

Begrepet PAS kan defineres som særskilt bistand til en adoptivfamilie i etterkant av adopsjonen. Betegnelsen bistand rommer mye og brukes blant annet om råd og veiledning, terapeutisk hjelp, støttegrupper og opplæringstiltak som kurs og konferanser. Primært tenker en at adoptivforeldre er mottakere av PAS, men mottakere kan også være unge og voksne adopterte, eller andre som har kontakt med adopterte barn. ”I etterkant av adopsjonen” rommer et langt tidsperspektiv, fra selve adopsjonen er gjennomført, og livet ut.

For å svare på mandatets hovedproblemstilling, samt ta stilling til de ulike ”delmålene”, har vi vurdert det som essensielt å få kartlagt adoptivfamilienes egne behov og synspunkter på etablering av et kompetansesenter. Dette er blitt gjort via en spørreundersøkelse som ble sendt til medlemmene i de to adopsjonsforeningene.

I denne prosjektrapporten har vi kartlagt hvorvidt adoptivfamilier får dekket sine behov via det ordinære hjelpeapparatet. Vi har også kartlagt det særegne og genuine tjenestetilbudet som finnes kun for adoptivfamilier. I noen tilfeller kan skillelinjene mellom det som er det generelle tilbudet i et samfunn og det som defineres som PAS, være vanskelig å definere. Grunnen til det er at enkeltpersoner eller tjenestetilbud har spesialkompetanse innenfor adopsjonsfeltet som gjør at de kan defineres inn under begge kategoriene.

Norske adoptivfamiliers situasjon og utfordringer antas å være tilsvarende som i de fleste andre vest-europeiske land, og vi har derfor også kartlagt hvilke PAS-tiltak som finnes i andre land for å kunne ta lærdom av deres erfaringer.

2.0 Teoretisk bakgrunn

2.1 Adoptertes bakgrunn

Internasjonalt adopterte er ingen homogen gruppe. De har imidlertid likevel visse likhetstrekk, begrunnet i deres bakgrunn. Mange av dem har hatt en meget turbulent og traumatisk start på livet, og de har alle blitt utsatt for en eller flere av følgende risikofaktorer:

- Risikofylt svangerskap.
- Oppvekst under fattige og vanskeligstilte forhold.
- Psykiske, sosiale og fysiske påkjenninger som underernæring, understimulering og utilstrekkelig dekning av trygghetsbehov.
- Mishandling (psykisk og/eller fysisk).
- Opphold på barnehjem eller i fosterhjem.
- Opplevelsen av å være uønsket.
- Ett eller flere brudd fra omsorgspersoner.¹

De nevnte faktorene kan gi seg utslag i små eller store utfordringer og problemer, og dukke opp på ulike tidspunkt i adoptertes liv. Adopterte har ikke nødvendigvis større utfordringer og problemer enn egenfødte barn, men de er ofte annerledes. Videre kan de være mer komplekse og gjennomgripende, samtidig som de kan være nesten usynlige for omverdenen (Broberg, 2011).

Traumer som tidlig omsorgssvikt og adskillelse fra biologiske foreldre kan påvirke barnets hjernestruktur. Slike risikofaktorer er skadelig for hjernen og kan medføre at barnet enten er i konstant "alarmberedskap", har "stengt av" eller svinger mellom disse to ytterpunktene. Slike mekanismer kan vedvare i mange år etter adopsjonen og i verste fall bli kroniske. Barn trenger å bli møtt på sine følelsesmessige behov, og hos barn som ikke opplever dette, kan høyre hjernehalvdel bli overstimulert. Konsekvensen er tynnere hjernebro, som igjen fører til dårligere samarbeid mellom de to hjernehalvdelene. Som et resultat kan barnet få problemer med å tenke og føle samtidig og kan fremstå impulsstyrt. Dette vil spesielt være fremtredende i stressende situasjoner. Manglende sansemessig stimulering fra omsorgsperson kan også påvirke barns sanseopplevelser. Barnet kan få problemer med å bearbeide og sortere sanseintrykk i hjernen, noe som kan føre til at barnet reagerer unormalt og handler mer irrelevant (Broberg, 2011).

Det er ulike faktorer som er av betydning for om risikofaktorene vil føre til utfordringer på sikt. Barnets grad av sårbarhet spiller inn, adoptivforeldrenes kunnskap om adopterte, deres evne til å tolke barnet riktig og respondere på barnets signaler. Barn som ikke opplever voksne som i tilstrekkelig grad er sensitive overfor deres behov, og som ser og tolker barnas signaler på en rett måte, kan blant annet utvikle ulike former for tilknytningsvansker (Clifford, 2009).

Adopterte barn har lært seg ulike tilknytningsmønstre, avhengig av relasjonserfaringer de har hatt til sine omsorgspersoner i sitt opprinnelsesland. Tilknytningsmønstre er mulig å endre, men

¹ <http://www.uv.uio.no/isp/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2011/adopsjon.html>

det krever mye kunnskap hos adoptivforeldrene og intens og målrettet jobbing over tid (Broberg, 2011). Dersom adoptivforeldrene ikke har realistiske forventninger til barna, så kan det medføre komplikasjoner i tilknytningsprosessen:

”Avstand mellom adoptivforeldres forventninger om hva adoptivbarnet skulle representere i deres liv, og det barnet faktisk bidrar med, kan i noen tilfeller føre til vanskelige tilknytningsprosesser.” (Clifford, 2009, s.4).

Spesielt den første tiden etter adopsjonen vil barn kunne reagere på de omfattende endringene adopsjonen innebærer og kreve ekstra mye av sine adoptivforeldre. Foreldrene kjenner oftest kun en brøkdel av barnets historie og skal på bakgrunn av dette, samt den kunnskap de har tilegnet seg om adopterte barn generelt, forsøke å tolke barnets signaler, utvikling og behov. Flere forskningsresultat har vist at barna ofte har det vanskelig den første tiden, og mange har utfordringer knyttet til søvn, spising og tilknytning (Rutter m. fl. 2005, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009). Utfordringer knyttet til kommunikasjon kan gjøre situasjonen ekstra vanskelig. For mange barn kan tilværelsen på barnehjem ha innebært lite språklig stimulering og dialog. De aller fleste har en rask språkutvikling etter adopsjon, og studier viser at de fleste har tatt igjen sine jevngamle i språklige ferdigheter ved skolestart. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at dette kan være et noe overfladisk språk, og at barna kan ha utfordringer med språkforståelse og oppfatningen av mer abstrakte begrep. Dette kan igjen få følger for deres fungering i skolen.² (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009).

Barn kan reagere på ulike måter på adopsjonen og deres nye omsorgssituasjon. Noen reagerer med introvert atferd, ved å avvise adoptivforeldrenes kjærlighet, opptre utilnærmelige, unngå blikk-kontakt eller være apatiske. Andre kan reagere ekstrovert; bli unormalt klengete, provoserende, dominerende, kontaktsøkende, eller utagerende³. En kombinasjon av disse ytterpunktene er heller ikke uvanlig. Barna kan ha med seg tillærte overlevelsestrategier, som kan gjøre situasjonen vanskeligere. Med tiden, og etter hvert som barnets tilknytning til adoptivforeldrene endres, vil disse strategiene som oftest avta. Det kan imidlertid i lang tid etter adopsjonen forekomme at barnet faller tilbake til gammel strategi, spesielt i stressituasjoner. Adopterte barn kan som følge av deres bakgrunn ha problemer med selvregulering, spesielt i situasjoner hvor de føler seg presset. Den første tiden etter hjemkomsten kan mange barn regredere, det vil si å gjenoppta atferd fra et tidligere gjennomgått funksjonsnivå⁴, men dette kan også forekomme i lang tid etter adopsjonen (Broberg, 2011).

De adoptertes risikofaktorer kan altså medføre større utfordringer for dem sammenliknet med dem som vokser opp hos sine egenfødte foreldre. Hvordan går det så med de som adopteres? Forskning vedrørende adopsjon har vært mest utbredt i USA, Canada og i Vest-Europa. I Norge startet forskning på feltet først rundt 1980. Forskningsresultatene om adopterte er relativt sammenfallende både i nordisk og internasjonal sammenheng og viser at majoriteten (75 prosent) av barn og unge klarer seg bra i sine nye familier og vokser opp uten store problemer (Juffer

²<http://www.sinnetshelse.no/artikler/adopsjon.htm>

³ <http://www.sinnetshelse.no/artikler/adopsjon.htm>

⁴ http://snl.no/sml_artikkel/regresjon/3

m.fl. 2005, Van Ijzendoorn m.fl. 2005, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009). Dette er omtrent samme tall som vi finner for dem som vokser opp med sine egenfødte foreldre i Norge. Det er imidlertid en mindre gruppe av de adopterte som sliter med psykiske problemer, og da spesielt i tenårene. Utfordringene kan være identitetsproblemer, utfordringer knyttet til skolevansker eller problemer i arbeid- og yrkesliv. Svenske undersøkelser viser også at vanskene kan få utslag som større hyppighet av selvmordsforsøk, kriminalitet og rusmisbruk.⁵

I en undersøkelse fra USA (Keyes m. fl. 2008) ble det påvist at risikoen for å utvikle atferdsproblemer og emosjonelle vansker var nesten dobbelt så stor hos adopterte som for barn som vokste opp med sine biologiske foreldre. Andelen med slike vansker ble tallfestet til 7-8 prosent for barn som vokser opp hos biologisk familie, mot 14-15 prosent for adopterte barn. Disse tallene gjaldt for alle typer symptomer, og antall barn som hadde alvorlige lidelser ville vært lavere. Monica Dalen anslår andelen adopterte barn som utvikler alvorlige psykiske lidelser til å være 7 prosent.⁶

Nyere undersøkelser fra Danmark viser at det er 14,1 prosent sannsynlighet for at et adoptert barn vil få ekskluderende spesialundervisning i skolen, mens tilsvarende prosentandel for ikke-adopterte barn er 5,6 prosent (KREVI, 2011). En annen dansk undersøkelse viser at 5 prosent av egenfødte barn født i Danmark i perioden 1978-2005 har vært i psykiatrisk behandling. Til gjengjeld er prosentandelen for adopterte barn som har vært til slik behandling i samme periode på hele 12 prosent. Videre er det påvist at 4,9 prosent av alle utenlandsadopterte fra 1988-1999 ble plassert utenfor hjemmet på institusjon eller i fosterhjem i perioden 1989-2004. Tilsvarende er prosentandelen for egenfødte barn halvert (2,4 prosent).⁷

Adopsjonssituasjonen har de siste årene endret seg ved at en større andel av barna som nå adopteres har særskilte omsorgsbehov. Dette kan enten være eldre barn (over fem år), større søskengrupper eller barn med fysiske eller psykiske utfordringer. I 2004 var andelen barn med særskilte omsorgsbehov cirka 3 prosent av det totale antall barn adoptert det året. I 2011 utgjorde denne gruppen barn cirka 25 prosent av det totale antall adopsjoner (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). Ifølge Adopsjonsutvalget er denne endringen i adopsjonssituasjonen et ytterligere argument for tilrettelagte PAS-tiltak (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009).

Som en oppsummering kan vi konstatere at de fleste adopterte finner seg godt til rette i sin nye familie og i samfunnet. Adopterte barn har imidlertid en egen sårbarhet begrunnet i deres historie og belastende oppvekstforhold. Dette vil kunne innebære en utfordring for både foreldre og hjelpeapparat, og mange adopterte vil kunne trenge ekstra oppfølging for en kortere eller lengre periode (NSFs landsgruppe av helsesøstre, 2006 a).

⁵ <http://www.sinnetshelse.no/artikler/adopsjon.htm>

⁶ <http://www.sinnetshelse.no/artikler/adopsjon.htm>

⁷ <http://adoption.dk/aogssys/wp-content/uploads/2012/10/Adoption-på-finansloven-oplæg-til-politikere-2.10.2012.pdf>

2.2 Lovverk og retningslinjer vedrørende Post Adoption Services (PAS)

Vi finner lite i norsk lov vedrørende særskilte PAS-tiltak. Den enkeltes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester er regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. fra 2011. I § 3-1 går det klart fram at det er kommunen som har det overordnede ansvar, og som skal sørge for at enhver som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2007 en veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Fokuset var på strukturen og innholdet i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Ifølge veilederen bør kommunene i sitt forebyggende arbeid ha særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge som lever med risiko for, eller er i ferd med å utvikle, psykiske vansker eller lidelser. Det poengteres at behovene bør avdekkes så tidlig som mulig slik at hjelp kan tilbys før problemene får utvikle seg (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Norge ratifiserte "Convention of 29 May 1993 on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption" (heretter kalt Haagkonvensjonen) den 25. september 1997. Haagkonvensjonen gir blant annet beskyttelse for barn og deres familier i forhold til ulovlige internasjonale adopsjoner. Den angir også prosedyrer og minimumsstandarder for internasjonal adopsjon.

Det er spesielt Haagkonvensjonens artikkel 9 som omhandler PAS. Haagkonvensjonen har her fastsatt minimumsregler som medlemslandene er forpliktet til å følge, og konvensjonen er tydelig på at det er sentralmyndighetens ansvar å besørge PAS-tiltak:

"Central authorities shall take, directly or through public authorities or other bodies duly accredited in their State, all appropriate measures, in particular to – (...) promote the development of adoption counseling and post-adoption services in their States."
(Haagkonvensjonen, artikkel 9c)

Haagkonferansen publiserte i 2008 "Guide to Good Practice"⁸, som skal være en støtte til stater og sentralmyndigheter ved implementering av konvensjonen, samt bistå alle medlemsstater i det kontinuerlige arbeidet med å etterleve konvensjonen. "Guide to Good Practice" er derfor et sentralt dokument ved tolkningen av konvensjonen. I "Guide to Good Practice" står det følgende om de forpliktelser Haagkonvensjonen innebærer:

"The Convention imposes an obligation on Central Authorities to promote counseling and post-adoption services. The nature and extent of these services is not specified, but States must take all appropriate measures to promote them. This should be interpreted as meaning that States must do everything within their powers and resources to carry out the obligation. In a practical sense, it is difficult to see how a Contracting State can promote these services without taking steps to also provide the services, or to ensure they are provided." (Guide to Good Practice, 9.2, s. 579)

⁸ http://www.hcch.net/upload/adoguide_e.pdf

”Guide to Good Practice” gir følgende anbefalinger når det gjelder konkretisering av PAS-tiltak:

“It has been suggested that the minimum requirements for post-adoption services may include: the connection of knowledge and experience; research on the problems of adult adoptees; access to inexpensive qualified counseling for parents and children; education of social workers, therapists, doctors, nurses, teachers and others who are likely to deal with intercountry adoptees” (Guide to Good Practice 9.2.3)

Begrunnelsen for PAS er den forebyggende effekt det kan ha for utviklingen av alvorlige problemer for adopterte barn. Ved å sette inn tiltak før problemene blir for omfattende kan en videre spare samfunnet for store kostnader og ressurser.

UNICEF utarbeidet i 2009 egne retningslinjer for adopsjon, hvor det anbefales at adoptivfamilier får mulighet til å motta post-adopsjons-tiltak som råd og bistand. (UNICEF 2009)

Da Norge ratifiserte Haagkonvensjonen, ble det vist til at adoptivfamilier primært ville få dekket sine behov for hjelp og støtte via det generelle tilbudet som finnes i det norske samfunnet:

“Oppfølgende tjeneste etter at adopsjonen har funnet sted blir ivaretatt gjennom det generelle servicetilbudet som gjelder alle barn, for eksempel tilbud fra helsevesenet. Adopsjonsforeningene driver i noen grad oppfølging etter at adopsjonen har funnet sted.” (Storingsproposisjon nummer 77 (1995-96), s. 11)

I august 2008 ble “Adopsjonsutvalget” oppnevnt ved kongelig resolusjon og fikk i oppdrag å foreta en utredning vedrørende adopsjonspolitikken. Det sentrale i arbeidet skulle være å gjennomføre en drøfting av de ulike sidene ved adopsjon, blant annet for å belyse hva som bør være myndighetenes oppgaver og ansvar på feltet. I deres rapport, NOU 2009:21, er det et eget kapittel vedrørende støttetiltak etter adopsjon. Det konkluderes med at det generelle hjelpetilbudet som finnes i samfunnet ikke dekker adoptivfamiliens behov i tilstrekkelig grad. Adopsjonsutvalget foreslår at alle adoptivfamilier bør få tilbud om samtaler hos psykolog etter adopsjonen. Det vektlegges at tilbudet bør være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud. Adopsjonsutvalget foreslår videre at familiene som trenger det, får rådgivning og veiledning de første årene etter adopsjonen. De poengterer også viktigheten av kompetanseheving i hjelpeapparatet vedrørende adopterte barns spesielle situasjon og utvikling. Dette gjelder for eksempel ansatte i barnehage, skole, PPT og barne- og ungdomspsykiatrien. Det foreslås videre å etablere en digital adopsjonsportal i Bufetat, samt å utvide Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern til også å omfatte adopsjon (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009).

Til tross for Adopsjonsutvalgets tydelige anbefalinger har det på de drøyt tre årene som har gått, ikke skjedd noen endring eller blitt iverksatt noen tiltak fra myndighetenes side, når det gjelder PAS-situasjonen i Norge.

Adopsjonstallene verden over er redusert de senere årene, og ventetiden for søkerne har økt kraftig. En av hovedårsakene er at det frigis færre barn til internasjonal adopsjon grunnet høyere andel nasjonal adopsjon i mange land. Opprinnelseslandene vektlegger sterkt at deres

samarbeidsland har et velutviklet PAS-tilbud. Opprettingen av PAS-tilbud i Norge vurderes derfor som viktig for at Norge i tiden fremover fortsatt skal bli ansett som et attraktivt samarbeidsland å adoptere barn til (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009).

3.0 Hva eksisterer av særskilt bistand (PAS) til adoptivfamilien?

3.1 Tilbud i Norge

Som tidligere nevnt vil adoptivfamilier i stor grad få dekket sine behov via det ordinære hjelpeapparatet på kommune- og fylkesnivå. Noen få spesialiserte tjenester, hvor målgruppen kun er adoptivfamilier, har imidlertid eksistert og noen eksisterer fortsatt.

3.1.1 Bufetat Region Midt-Norge – gruppeveiledningsprosjekt

Barne-, ungdoms- og familieetaten, Region Midt-Norge, startet høsten 2008 et pilotprosjekt med veiledningsgrupper for adoptivforeldre. Målsettingen var å gi forebyggende og familiebevarende veiledning til adoptivforeldre. Tilbudet ble gitt til adoptivfamilier med adopterte barn i alderen 0-6 år. Tilbudet ble utlyst via helsestasjonene, og tiltaket omfattet seks gruppeveiledninger á to timer per gang. Det ble opprettet to grupper, som begge ble ledet av to kvalifiserte gruppeledere (Clifford, 2009).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet bevilget 100 000 kroner til prosjektet. Dette ga et grunnlag for utprøving av to foreldreveiledningsgrupper. Til tross for meget positive resultater ble det ikke gitt videre tilskudd til å opprettholde tiltaket utover prosjektperioden.

Tema som ble tatt opp i gruppeveiledningen var blant annet knyttet til relasjons- og tilknytningsprosessen mellom barna og foreldrene:

“Fokus er satt på styrking av relasjonen mellom barn og foreldre med utgangspunkt i en forståelse om at barn utvikler ulike typer ”beskyttelsesstrategier” som er funksjonelle i den aktuelle omsorgssituasjonen de lever i. Når barn får en ny omsorgssituasjon vil de bruke de erfaringsbaserte/etablerte samspillsmønstrene i relasjonen til sine nye omsorgspersoner. En bevisstgjøring av dette, samt fokus på hvordan en i praksis kan arbeide med å få til gode tilknytningsprosesser har vært hovedfokus i veiledningen.” (Clifford 2009, s.5)

Andre tema som ble tatt opp i gruppeveiledningen var sentrale problemstillinger i barneoppdragelse, barnas ferdigheter og følelser, samt foreldrenes sensitivitet overfor barnas behov. (Clifford, 2009)

Prosjektet ble evaluert i etterkant, og foreldre som deltok ble intervjuet. Foreldrene ga klart uttrykk for at egnede tilbud til adoptivforeldre etter adopsjon ikke finnes, og at dette er noe de

har bruk for. Dette gjaldt både for de som hadde opplevd spesielle utfordringer med sitt barn, og de som ikke hadde hatt slike utfordringer (Clifford, 2009)

Prosjektlederne Anne Britt Kvåle og Siw L. Karlsen har gitt uttrykk for at behovet for å opprettholde veiledningsgrupper er stort, og de stilte seg undrende til beslutningen om at tiltaket ikke ble prioritert videre (Adopsjonsforum, 2010)

3.1.2 Asker-teamet

Asker-teamet er et forebyggende fagteam for familier med adopterte barn og unge i Asker kommune. Teamet ble opprettet i 2002. Bakgrunnen for dette var en overrepresentasjon av adopterte i barneverntjenesten. Teamet består av lege, logoped, helsesøster, pedagogisk-psykologisk rådgiver og barnevernspedagog. Samtlige har særskilt erfaring med adopsjon.

Teamet tilbyr følgende tiltak:

- Råd/veiledning til adoptivfamilier etter forespørsel. Saker kan drøftes anonymt på telefon eller legges frem av familien selv i møte med hele temaet.
- Foreldreforberedende kurs over fire kvelder. Dette kurset er et supplement til adopsjonsforberedende kurs i regi av Barne-, Ungdoms- og Familiedirektoratet (Bufdir).
- Oppfølgingskurs for dem som har deltatt på foreldreforberedende kurs med samling en gang per år. Familiene kommer selv med ønske om tema for kursene.
- Utarbeide oppfølgingsrapporter til barnets opprinnelsesland.
- Helsesøster i teamet følger opp alle adoptivfamilier som ønsker det. Legen i teamet tilbyr legekontroll etter hjemkomst.
- Kontakt med Pedagogisk-psykologisk-tjeneste (PPT) for å drøfte saker og behov for oppfølging.
- Informasjon til barnehage/skole om adopsjon generelt og individuelt etter avtale med familien.

De ulike tiltakene er gratis for innbyggerne i Asker kommune. Det er ingen tidsbegrensning på hvor lenge adoptivfamilier kan motta bistand fra teamet.

Bred fagbakgrunn, samt gode og etablerte relasjoner i teamet, gjør at teamet raskt kan gi riktig hjelp, samt intervensere i vanskelige og akutte situasjoner som kan oppstå i adoptivfamilier.

3.1.3 Helsesøstrene i Kristiansund

Helsestasjonen er en sentral instans ved oppfølging av adoptivfamilier. Mange adoptivfamilier erfarer imidlertid at oppfølgingen er tilfeldig og mangelfull. Videre er det store lokale variasjoner i det som tilbys. Som en konsekvens av dette ble det i 2005 utført et utredningsarbeid i Kristiansund kommune for å styrke spesielt helsestasjonen som et PAS-tiltak. Målet var å gi konkrete forslag til det faglige innholdet i helsestasjonens og skolehelsetjenestens oppfølging av adopterte. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet to veiledningshefter, ett beregnet på

helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og ett på adoptivforeldrene. Disse veiledningsheftene var ikke ment som særomsorg for adopterte, men som et tilbud som skulle sikre at adopterte får samme oppfølging som barn som vokser opp med sine egenfødte foreldre i Norge (NSFs landsgruppe av helsesøstre, 2006 a og b).

3.1.4 Tromsø

I Tromsø kommune er det utarbeidet egne retningslinjer for oppfølging av adoptivfamilier. Disse innebærer at helsestasjonen tar imot adoptivfamilien på helsestasjonen før hentereise, for kontaktetablering og forberedelse. Deretter legges det opp til jevnlig treff ut fra hjemkomstdato, og ikke etter fødselsdato. Det innebærer treff cirka tre uker etter hjemkomst, etter seks uker, tre måneder, 12 måneder og etter 18 og 24 måneder. Adoptivforeldre skal også få mulighet for samtale før skolestart.⁹ Alle tiltakene er kostnadsfrie.

3.1.5 RBUP øst og sør - gruppeveiledning

RBUP øst og sør gjennomførte i 2012 et gruppeveiledningskurs for nyankomne adoptivforeldre. Kursets hovedformål var å fremme trygg tilknytning hos adopterte barn med utgangspunkt i Trygghetssirkelen, "Circle of Security" (COS).

I samarbeid med Bufdir ble det sendt ut kursinvitasjon til nyankomne adoptivfamilier i geografisk nærhet til RBUP øst og sør (Nydalen). Fem familier med barn i alderen 2-8 år deltok på gruppeveiledningen som gikk over 12 ganger. Familiene hadde kommet hjem 3-4 måneder før kursstart, og samtlige familier hadde svært ulike erfaringer og utfordringer etter hjemkomst.

Kurset fokuserte på tilknytning og samspill, samt det å hjelpe foreldrene til å forstå barnet sitt. Kurset hadde et strukturert opplegg med planlagte og faste temaer for hver kurskveld, basert på forskning. I tillegg fokuserte kurset på følgende temaer:

- Styrker og ressurser hos barnet.
- Hvordan forholde seg til familie og venner.
- Hvordan forstå og akseptere den «indre» familiens behov.
- Foreldrepåret – hvordan ivareta hverandres behov.

Adoptivforeldrene fikk se videoopptak som viste samspill mellom ukjente barn og dets omsorgspersoner. Via disse filmene fikk adoptivforeldrene konkret øve seg i å identifisere barnas emosjonelle signaler, tolke deres villedende signaler og forsøke å finne konstruktive samhandlingsformer for å trygge barna. Foreldrene fikk hjemmeoppgaver tilpasset de temaer som ble gjennomgått.

Kurslederne hadde kontinuerlig dialog med hver enkelt deltaker vedrørende deres situasjon, og kartla eventuelt behov for bistand fra andre instanser underveis. Dersom det var behov for

⁹ <http://www.adopsjonsforum.no/local.aspx?avdeling=1464&article=2530748>

ytterligere hjelp, bisto kurslederne med informasjon om hvor adoptivforeldrene kunne henvende seg.

RBUP har i samarbeid med deltakere evaluert veiledningskurset. Det er enighet om at tiltaket har hatt en forebyggende og ivaretagende funksjon overfor de aktuelle familier, og deltakerne opplevde gruppefelleskapet som støttende og oppmuntrende. Kursdeltakerne fremhever spesielt:

- Verdien av å treffe andre adoptivforeldre i samme situasjon.
- Verdien av å oppleve at en har noe felles, noen som forstår og bruker tid på det som kan oppleves strevsomt og nytt.
- Viktigheten av å dele, tenke høyt og reflektere sammen med andre.
- Ervervelse av ny kunnskap og forståelse.

Kurset har vært et prøveprosjekt og har ikke vært holdt for adoptivfamilier tidligere. RBUP har finansiert kurset via egne midler. Kurset var gratis for adoptivforeldrene.

Kurslederne Tori Mauseth og Kari Slinning er tydelige på at det er behov for gruppeveilednings-tiltak for adoptivforeldre. De poengterer viktigheten av å legge forholdene til rette for å sikre trygg tilknytning hos adopterte barn. For å sikre at adoptivfamilien får nødvendig hjelp ser de behovet for kompetanseheving om adopsjon generelt og adoptivfamiliers behov spesielt, både i hjelpeapparatet og i ulike fagmiljøer. Fagfolk som møter adoptivfamilier må blant annet inneha tilstrekkelig kunnskap om utviklingspsykologi, tilknytningsteorier, traumer og traumebehandling.

3.1.6 Adopsjonsforeningene

Adopsjonsforeningene InorAdopt og Adopsjonsforum tilbyr sine medlemmer oppfølging i form av råd og veiledning etter adopsjonen.

InorAdopt har engasjert en egen adopsjonsrådgiver som kan kontaktes på telefon. Hun er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. I tillegg kan søkerne kontakte de ansatte på kontoret på telefon, e-post eller ved besøk. Alle saksbehandlere har kompetanse til å gi veiledning til sine medlemmer, enten i form av sosialfaglig utdanning og/eller lang opparbeidet erfaring. InorAdopt har i tillegg fem kontaktpersoner i de ulike regionene i Norge. De er alle adoptivforeldre, men med ulik faglig bakgrunn. Adoptivfamilier er velkommen til å kontakte dem på telefon i de ulike stadiene av adopsjonsprosessen og også etter hjemkomst. Alle tilbudene er gratis for InorAdopt sine medlemmer.

Adopsjonsforum har en egen sosialfaglig tjeneste som er betjent hele uken. De sosialfaglige rådgiverne er alle utdannet sosionomer og en har videreutdanning i systemisk familierterapi. Samtlige har lang og variert erfaring innen adopsjon, samt erfaring fra arbeid med barn, unge og deres familier. Rådgiverne mottar henvendelser fra adoptivfamilier og adopterte som søker råd eller assistanse for å finne frem i hjelpeapparatet. I tillegg bistår de med råd og veiledning om ulike adopsjonsrelaterte temaer, og tilbyr råd og veiledning på telefon eller samtale på kontoret.

Tjenesten er gratis for Adopsjonsforum sine medlemmer. I tillegg kan medlemmene kontakte adopsjonskonsulentene for råd og veiledning, på telefon, e-post eller ved besøk.

Adopsjonsforum arbeider også med å formidle kunnskap om adopsjon til andre enn adoptivfamiliene, og mottar en del henvendelser fra faginstanser og hjelpeapparat. De arrangerer temakvelder, samt åpne dager for nye søkere. Adopsjonsforum har et eget opplæringsutvalg, som har som målsetning å dekke behovet for informasjon og opplæring til Adopsjonsforum sine medlemmer. Opplæringsutvalget arrangerer spanskurs for adoptivsøkere, holder foredrag om adopsjonsrelaterte temaer sentralt og i samarbeid med lokallagene. Adopsjonsforum jobber også med opprinnelse og tilbakereiser.

Adopsjonsforum har lokalavdelinger som dekker hele landet. Lokalavdelingene arrangerer ulike temakvelder, småbarnstreff, sosiale aktiviteter for foreldre og barn, også for de som venter på å bli foreldre. Lokallagene har en viktig funksjon i forhold til nettverksbygging, samt er en god støtte å ha om man skulle møte på utfordringer som adoptivfamilie.

De tre norske adopsjonsforeningene har et tett samarbeid gjennom blant annet Norsk adopsjonsråd (NAR) og et felles Adopsjonsfaglig Utvalg (AU). Samarbeidet omhandler fagutvikling, utgivelse av felles informasjonsmateriell og samarbeid om ulike arrangementer.

3.2 PAS i andre europeiske land

Som nevnt innledningsvis er situasjonen til adoptivfamilier i de vest-europeiske landene nokså sammenlignbar. Vi har derfor kartlagt hvilke PAS-tiltak som finnes i medlemslandene i EurAdopt, en sammenslutning av adopsjonsorganisasjoner i 12 av de vest-europeiske landene. Omfanget av tiltak er svært varierende, alt i fra land som har et meget velutviklet og velfungerende PAS-system, til land hvor PAS nærmest er totalt fraværende. Tilbakemeldingen fra samtlige land som ikke har et velutviklet PAS-tilbud er at de synes ideen om et kompetansesenter er så god at de selv ønsker å etablere et slikt senter i sine respektive land.

Vi vil nedenfor gjennomgå hvordan PAS-situasjonen er i de andre skandinaviske landene, samt komme inn på andre medlemsland i EurAdopt som har et eget PAS-tilbud. Informasjonen fra Danmark har vi fått fra prosjektleder for PAS-tiltakene, Lene Kamm. Informasjonen fra Nederland og Stockholm i Sverige har vi fått fra studiebesøk. Den øvrige informasjonen er primært innhentet via e-post-kontakt med adopsjonsorganisasjoner i landene.

3.2.1 Danmark

Danske adopsjonsorganisasjoner etablerte i 1993 et felles adopsjonsrådgivningstiltak til alle familier som hadde adoptert. Grunnet dårlig økonomi og manglende støtte fra staten ble tiltaket avsluttet etter omtrent fire år. I 2006 ble det imidlertid bevilget økonomisk støtte fra staten til adopsjonsrådgivning. Og et fireårig nasjonalt rådgivningsprosjekt, Post Adoption Services - PAS, ble etablert. Målgruppen ble av økonomiske grunner begrenset til kun å gjelde adoptivfamilier de første tre årene etter hjemkomst, og alle disse mottok invitasjonsbrev per post.

Familiestyrelsen hadde det overordnede ansvaret for prosjektet, men pengene ble fordelt på de seks statsforvaltningene hvor rådgivningen ble forankret. Rådgivningen var gratis for adoptivfamiliene. Veiledningen ble gitt av erfarne psykologer eller andre med terapeutisk utdanning. Alle var dyktige klinikere med erfaring fra adopsjonsfeltet.

Rådgivningen gjaldt i utgangspunktet for inntil fem samtaler per familie, men ved behov kunne en søke prosjektleder om ytterligere samtaler. Metodene som ble brukt i hver familie var lik, selv om problemene var ulike.

PAS-prosjektet eksisterte i tidsrommet 2007-2010. I den perioden hadde cirka 1200 familier kontakt med prosjektet, det vil si 35 prosent av målgruppen. Erfaringene fra PAS-prosjektet var udelt positive. Ifølge evalueringsrapporten opplevde 97 prosent av foreldrene fremgang på minst ett av de områdene de henvendte seg til rådgiver om. 40 prosent følte seg mer sikre i rollen som foreldre, og 40 prosent opplevde at de håndterte konflikter med barnet på en mer konstruktiv måte. 98 prosent av deltakerne ville anbefalt PAS-rådgivning til andre i samme situasjon (Rambøll, 2010).

Ny statlig bevilgning til PAS-rådgivning ble gitt i 2011, og prosjektet startet opp igjen i mars 2012. Foreløpig dekker midlene en toårsperiode, men målsettingen er å etablere PAS som et permanent tiltak. Denne gangen omfatter tiltaket veiledning til adoptivfamilier i inntil fem år etter adopsjonen. Det er ikke lenger noen begrensning på hvor mange samtaler den enkelte familie kan få, men nå betaler familiene selv kr 100,- per samtale.

Rådgiverne har to dager med opplæring før de starter i prosjektet. Videre har de 4-5 dager med veiledning/oppfølging med prosjektleder per år. De kan også kontakte prosjektleder ved behov om konkrete saker.

I løpet av PAS-prosjektets første periode ble det også arrangert kurs og temadager for aktuelle yrkesgrupper (pedagoger, sykepleiere, ansatte i PPT etc.). Slike kurs og temadager vil også bli tilbudt av det nåværende PAS-prosjektet.

I Danmark eksisterer det lite veiledningstilbud for voksne adopterte. Det finnes en psykolog som voksne adopterte kan kontakte, og deler av kostnadene til dette blir refundert av det offentlige. Det har videre blitt utarbeidet et utkast for en ordning for voksne adopterte, men en har ikke fått støtte til å etablere dette.

Ifølge den danske medlemsorganisasjonen Adoption & Samfund viser forskningsresultat at det eksisterende PAS-tilbudet ikke er tilstrekkelig for å sikre adopterte barn en god oppvekst. Adoption & Samfund har på en adopsjonskonferanse med landets myndigheter i september 2012 foreslått å utvide dagens PAS-ordning, samt å gjøre den permanent. Ordningen foreslås utvidet til å gjelde alle adoptivfamilier, samt voksne adopterte. Videre ønsker de å etablere et ”Viden- og formidlingcenter” for adopsjon. Dette senteret vil etter anbefalingene ha sin primære oppgave med å gi rådgivning til alle som er involvert i adopsjon. Sekundært vil senteret kunne henvise til kompetente rådgivere. På sikt er det ønskelig at senteret foretar forskning på adopsjonsfeltet.¹⁰

¹⁰ <http://adoption.dk/aogssys/wp-content/uploads/2012/10/Adoption-på-finansloven-oplæg-til-politikere-2.10.2012.pdf>

3.2.2 Sverige

I Sverige finnes det PAS-tilbud i flere svenske kommuner¹¹. Dette kan enten være et kommunalt tiltak for én kommune, et samarbeid mellom flere kommuner, et samarbeid med landsting (fylker) eller private tjenester en kommune kjøper inn. Det er et stort spekter i tilbudet, og det kan være alt fra adopsjonsrådgivning, ressurscenter, foreldregrupper, egen førskole for adopterte, forelesnings- og informasjonskvelder etc. Samspillerveiledning tilbys mange steder. Noen konkrete eksempler er:

Helsingborg

Alle adoptivfamilier i kommunen får tilbud om foreldreveiledning fra ”Familjestøddverksamheten Dynamis” under sosialtjenestens hjemmebesøk etter hjemkomst. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud som det er lett å ta kontakt med. Videre finnes det egen førskole for adopterte barn og deres foreldre, samt foreldregrupper og temakvelder. Personalet i skoler og førskoler får regelmessig opplæring i adopterte barns særegne behov. Tilbudene er kostnadsfrie.

Gøteborg

Adoptivfamilier i Gøteborg har de siste 15 år kunnet motta særskilt veiledning fra psykologer som arbeider spesielt med denne gruppen foreldre. Det gis også veiledning til barn og unge adopterte som trenger bistand. Videre tilbys det veiledning til førskoler slik at de bedre kan forstå adopterte barn og deres behov. Tilbudene er kostnadsfrie for innbyggerne i Gøteborg. Adoptivforeldre fra nabokommuner kan motta tilbudene ved å betale for dem.

Stockholm

I Stockholm kommune, under Socialförvaltningen, er det etablert et eget ressurscenter for adopterte og deres familier. Dette ressurscenteret samordner ressurser relatert til adopsjon og følger med på aktuell forskning innenfor adopsjonsfeltet. Ressurscenteret har også ansvar for forberedelseskurs før adopsjon og for å arrangere kurs for adoptivforeldre og fagfolk.

Spira er en pedagogisk virksomhet som hører til ressurscenteret. Dette er en åpen førskole som fungerer som møteplass for adopterte barn og deres familier. Spira tilbyr et pedagogisk gruppetilbud til barna, samt råd og veiledning til adoptivforeldrene. Spira arrangerer også forelesninger og seminarer for adoptivforeldre, samt for fagfolk som ansatte i barnehager og skoler. Nesten alle som har adoptert i Stockholm benytter seg av tiltaket Spira.

Duvnäs Föräldrastöd tilhører også ressurscenteret og er et tilbud til adoptivforeldre som trenger hjelp i foreldrerollen. Kontakten kan tilpasses ut ifra den enkelte families ønsker og behov. Blant annet tilbys det tilknytnings- og samspillerveiledning, Marte-Meo-veiledning og samtaler med fokus på barn og foreldreskap. Duvnäs arrangerer også endagskurs etter tildeling hvor hovedfokus er det første møtet og den første tiden sammen med barnet.

Tiltakene er gratis for innbyggerne i Stockholm. Adoptivforeldre fra nabobyer kan få mulighet til å motta bistand fra Spira og Duvnäs dersom de har kapasitet. De må i så fall betale for tilbudene.

¹¹ <http://www.mia.eu/sv/Publikationer/MIA-Info/Nr-2---2008/Stod-och-hjalp/>

AdoptionsRådgivarna

I Sverige finnes det også et landsdekkende veiledningstilbud, AdoptionsRådgivarna. Dette er et nettverk av profesjonelle fagfolk som tilbyr veiledning til adoptivfamilier og adopterte ungdommer/voksne. Ansatte i hjelpeapparatet kan også kontakte rådgiverne for bistand. Tiltaket har eksistert siden 1988. De ansatte i AdoptionsRådgivarna har ulik kompetanse og utdanning, og består blant annet av psykologer, leger og sosionomer.

AdoptionsRådgivarna tilbyr telefonveiledning, samt konsultasjoner. Telefonrådgivningen er et landsdekkende tilbud, som er ideelt og gratis for brukerne. AdoptionsRådgivarna kan kontaktes fire timer per uke fordelt på to dager. I gjennomsnitt mottar AdoptionsRådgivarna rundt 150 oppringninger per år. Antall brukere per år er rundt 50. Ungdom og unge voksne har gjerne mange samtaler (opp mot 20) mens gjennomsnittet for adoptivfamilier er et par samtaler. Et fåtall av oppringningene er fra ansatte i hjelpeapparatet.

Konsultasjonsvirksomheten er lokalisert til Stockholmsområdet, samt Sør-Sverige, ettersom veilederne er bosatt der. Brukerne dekker selv kostnadene for konsultasjonene. Sosialtjenesten kan i noen tilfeller dekke kostnadene for ungdom.

AdoptionsRådgivarna arrangerer kurs for ulike yrkesgrupper ansatt ved skoler, sosialtjenester og barnepsykiatri. Instansene dekker kostnadene for tilbudet selv.

3.2.3 Finland

I Finland er de fleste PAS-tilbud av privat karakter, så familier må selv dekke kostnadene for veiledning. Ett unntak er Helsinki hvor kommunens eget adopsjonskontor, City of Helsinki, har egne oppfølgingskoordinatorer som følger opp adoptivforeldre i Helsinki og nabobyen Vantaa. Tilbudet bekostes av kommunen. City of Helsinki har også startet opp en adoptivforeldreklubb for innbyggere i Helsinki. Møtefrekvensen er en gang per måned, og medlemmene er adoptivforeldre som har hatt barnet i under to år. Profesjonell veiledning blir gitt, og tilbudet er gratis.

3.2.4 Island

Adopsjonsorganisasjonen Icelandic Adoption Society formidler kontakt med ulike spesialister på ulike felt innen adopsjon for adoptivfamilier som trenger veiledning. Adoptivforeldre må selv dekke kostnadene for dette.

3.2.5 Nederland

Nederland har siden 1988 hatt et nasjonalt kompetansesenter for adopsjon, Foundation Adoption Services, lokalisert i Utrecht. Senteret er underlagt Justis- og sosialdepartementet og arbeider uavhengig av barnevernet og formidlingsorganisasjonene.

Totalt har senteret 30 oppdragstakere, fordelt på senteret og spredt rundt i landet. På senteret er det to ansatte i fulltidsstillinger og cirka 10-15 personer i deltidsstillinger. Flertallet av de ansatte er psykologer, pedagoger eller ungdomsarbeidere, og alle har spesialisert seg i adopsjonsrelaterte temaer. Samtlige ansatte har felles møtepunkter og mottar veiledning. Hver tredje måned har senteret drøftingsmøter med myndighetene og de ulike formidlingsorganisasjonene.

Staten har støttet senteret økonomisk siden 2000. Familiene må selv betale en egenandel for de tjenester de mottar fra senteret.

Senteret består av to avdelinger. Den ene omfatter informasjon og forberedelse før adopsjon, og den andre "Aftercare"/PAS. PAS-avdelingen er organisert i ulike team med forskjellige ansvarsområder.

Senteret er åpent fire dager i uken. Adoptivforeldre kan ta kontakt på telefon for å få hjelp, uavhengig av alder på barnet og tid etter hjemkomst. Senteret besvarer også e-post. Familier får også tilbud om samtaler på senteret, og det tilbys "face-to-face aftercare". Dette er senterets spesialområde og omfatter blant annet videokonsultasjon til adoptivfamilier. De tilbyr fire konsultasjoner i året, cirka hver tredje måned. Teamet filmer først hjemme hos familien og gir på bakgrunn av dette veiledning med utgangspunkt i filmen. Hensikten med videokonsultasjon er primært å hjelpe foreldrene til å forstå barnets behov og hva som kan føre til avvisning hos barnet i tilknytningsprosessen. I tillegg er målet å stimulere og oppmuntre til gode foreldreferdigheter, gi økt kunnskap og forståelse når det gjelder barnets atferd og å stimulere barnets utvikling på samtlige områder. "Face-to-face aftercare" omfatter dessuten filming i andre settinger, som for eksempel på skolen.

I tillegg til direkte råd og veiledning til adoptivfamilier tilbyr senteret også råd og veiledning til andre faggrupper og institusjoner. Råd/veiledning på telefon til andre faggrupper er gratis. Videre tilbyr senteret generell kursing i adopsjonsrelaterte tema til helsepersonell, lærere og andre.

Senteret har "landsoversikt" når det gjelder aktuelle fagpersoner, psykologer og andre med adopsjonserfaringer og kan henvise til disse ved behov. Senteret mottar noen henvendelser fra unge adopterte som har praktiske spørsmål eller behov for terapeut.

Markedsføring av senteret og dets ulike tjenestetilbud skjer via senterets egne nettside, elektroniske nyhetsbrev utarbeidet av senteret, formidlingsorganisasjonenes medlemsblader og på adopsjonsforberedende kurs.

3.2.6 Luxemburg

I Luxemburg har de et nasjonalt ressurscenter for adopsjon, Maison de l'Adoption. Senteret gir veiledning og støtte til familier både før og etter adopsjon. Senteret består av et team med psykologer, som igjen får bistand fra et tverrfaglig team. Ressurscenteret yter bistand til adoptivfamilier enten ved workshops (Hopplabunz) eller konsultasjoner. Hopplabunz workshops er et spesialprogram for adoptivfamilier med små barn hvor formålet er å gi adoptivforeldrene redskaper for å forhindre utviklingen av problemer.

Mens workshops er gruppebasert, er konsultasjonsvirksomheten rettet mot enkeltfamilier som trenger konkrete råd, veiledning eller terapeutisk hjelp. Foreldre kan møte alene, eller de kan ha med barnet. Ansatte ved ressurscenteret kan også komme på hjemmebesøk, eller for eksempel delta på møter med storfamilien eller med lærere.

Ressurscenteret yter i tillegg bistand til adopterte ungdommer og voksne adopterte. De arrangerer også forelesninger og temadager for adopsjonsorganisasjonene og andre profesjonelle grupper.

Ressurscenteret har gjennom sine år med virksomhet samlet litteratur om adopsjon. Denne er tilgjengelig for dem som oppsøker Maison de l'Adoption.

Maison de l'Adoption finansieres i hovedsak av sentralmyndigheten i landet. Brukerne må betale 200 euro for deltakelse på ett forberedelseskurs før adopsjonen. Forberedelse på første kontakt med barnet, familieveiledning og rådgivning er gratis for brukerne. Hopplabunz workshops koster 20 euro.

4.0 Forskningsmetode

4.1 Spørreundersøkelse

Mange internasjonale undersøkelser har dokumentert behovet for PAS for adoptivfamiliene. Juffer m.fl. (2011) har presentert en bred oversikt over internasjonale studier vedrørende adopterte, hvordan deres utvikling har vært og betydningen av at adoptivfamilien får tilpasset oppfølging:

“Several (longitudinal) studies indicated that adoptive parents show normative or even optimal parenting qualities (...) However, even parents with “normative” parenting capacities may be challenged by the difficulties presented by their post institutionalized, deprived adopted children. Therefore, supporting adoptive parents with pre- and post adoption services is important.”
(Juffer m.fl. 2011, s. 55)

Adopsjonsforeningene i Norge har lenge hatt en generell oppfatning om at PAS-tilbudet i Norge ikke er godt nok. Denne oppfatningen ble også dokumentert i blant annet NOU 2009:21, hvor det eksplisitt skrives at det er behov for ytterligere PAS-tiltak i Norge. Prosjektgruppen savnet imidlertid konkrete norske forskningsresultater hvor adoptivfamiliens egne synspunkter på det eksisterende hjelpetilbudet synliggjøres. Som en del av prosjektarbeidet ble det derfor foretatt en metodisk kvantitativ undersøkelse av dette.

Undersøkelsenheten/populasjonen er i dette tilfellet alle adoptivfamilier og voksne adopterte. Av praktiske årsaker og grunnet manglende kontaktinformasjon til hele populasjonen, ble utvalget satt til å være alle nåværende medlemmer i adopsjonsforeningene Adopsjonsforum og InorAdopt som har adoptert (Jacobsen 2005).

Grunnet prosjektperiodens begrensede varighet ble det vurdert som viktig å få rask tilbakemelding fra respondentene. Metodisk fremgangsmåte ble derfor spørreskjema som ble sendt ut per post og e-post (post enquête). Respondentene returnerte skjemaene anonymt, noe som vurderes positivt da noen kan oppleve at temaene er av privat og følelsesladet karakter (Hellevik, 1991).

Spørsmålene i spørreskjemaet var en kombinasjon av både kognitive og evaluative spørsmål, hvor det dreide seg om faktiske forhold samt respondentenes følelser. Spørreskjemaet kan defineres som et direkte og strukturert opplegg, som innebar enkle spørsmål med faste svaralternativer. I tillegg hadde vi noen åpne spørsmål hvor respondentene stod fritt til å uttrykke sine tanker og følelser knyttet til tema (Hellevik, 1991).

Det ble utarbeidet to relativt like spørreundersøkelser som ble sendt ut på to forskjellige måter i de to organisasjonene:

Adopsjonsforum sendte ut spørreskjema digitalt til alle sine medlemmer via datasystemet Questback. Totalt ble det sendt ut skjema til 5500 e-postadresser. Flere av familiene er imidlertid registrert med to e-postadresser, og en del medlemmer har ikke fullført adopsjonen ennå. 3500 regnes derfor som reelle «svarfamilier». Det ble sendt ut en purring til alle e-postadressene. Vi mottok 1000 besvarelser, noe som tilsvarer en svarprosent på 28,5 prosent.

InorAdopt sendte ut spørreskjemaet via post til alle medlemmer som har fullført adopsjon, det vil si 284 ulike familier. Det ble ikke sendt ut purring. Vi mottok 96 svar, noe som tilsvarer en svarprosent på 34 prosent.

Hovedformålet med undersøkelsen var å utføre en undersøkelse hvor vi kunne generalisere resultatene til hele populasjonen adoptivfamilier og adopterte. Vårt utvalg representerer alt fra familier som nylig har adoptert, til familier som har adoptert for lenge siden. Det er således et tilfeldig utvalg av informanter, som i utgangspunktet representerer populasjonen godt. Det er imidlertid få voksne adopterte som er medlemmer av foreningene, og denne gruppen av populasjonen er således noe underrepresentert.

Ideelt sett burde vi foretatt en frafallsanalyse for å avdekke om det er noe mønster i hvem som har latt være å svare. Siden respondentene har returnert spørreundersøkelsene anonymt, har dette imidlertid ikke latt seg gjøre. Det kan stilles spørsmål ved om respondenter som er mer engasjert i tema og opprettelsen av et kompetansesenter i større grad vil svare grunnet egeninteresse. Av mottatte tilbakemeldinger ser vi imidlertid at også respondenter som har hatt få utfordringer etter adopsjonen og ikke ser noe behov for et kompetansesenter, har svart på undersøkelsen. Vi ser derfor ikke noen tendens i de innsamlede data som tilsier at ”en gruppe” skulle være mer interessert i å gi tilbakemelding enn en annen ”gruppe”. På bakgrunn av de metodiske fremgangsmåter vi har valgt, sett opp mot de varierte svarene i tilbakemeldingene, vurderer vi resultatene som generaliserbare (Jacobsen 2005).

Spørreskjemaene ligger som vedlegg 2 og 3.

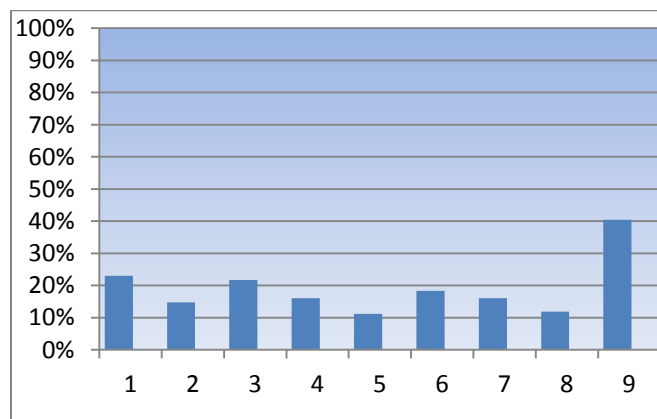
4.1.1 Resultater og oppsummeringer

Vi vil her gjennomgå hovedresultatene i spørreundersøkelsen. Resultat fra spørreundersøkelsen for spørsmål med faste svaralternativer, ligger som vedlegg til projektrapporten, vedlegg 3 og 4. Spørreundersøkelsene utsendt av Adopsjonsforum og InorAdopt var relativt like, men inneholdt noen ulike svaralternativer på noen spørsmål. Vi vil på disse spørsmålene oppgi resultatene for både InorAdopt og Adopsjonsforum.

Det første spørsmålet informantene ble bedt om å besvare, er hva som har vært de største utfordringene etter adopsjonen. Flere av respondentene har krysset av på flere av svaralternativene. Utfordringer relatert til tilknytning går igjen i cirka hver fjerde besvarelse (23 prosent) og er således det alternativet som flest respondenter oppgir som den største utfordringen. Atferdsvansker hos barnet rangeres nest høyest (21,7 prosent), og deretter kommer vansker i forbindelse med barnehage/skole (18,3 prosent). En del av respondentene har krysset av på ”annet” og spesifisert. Tema som går igjen i flere besvarelser er utfordringer knyttet til søvn, samspill med søsken, tidlig pubertet, lærevansker, konsentrasjonsvansker, engstelse og utrygghet hos barnet, samt utfordringer knyttet til grensesetting for foreldrene.

Et mindre antall gir uttrykk for at de ikke har opplevd store utfordringer etter adopsjonen på det tidspunktet undersøkelsen ble besvart. Noen informanter har opplyst at de nylig har kommet hjem med barnet, og at det således kan være for tidlig å si noe om mulige fremtidige utfordringer.

Spørsmål 1: Hva har vært de største utfordringene etter adopsjonen?

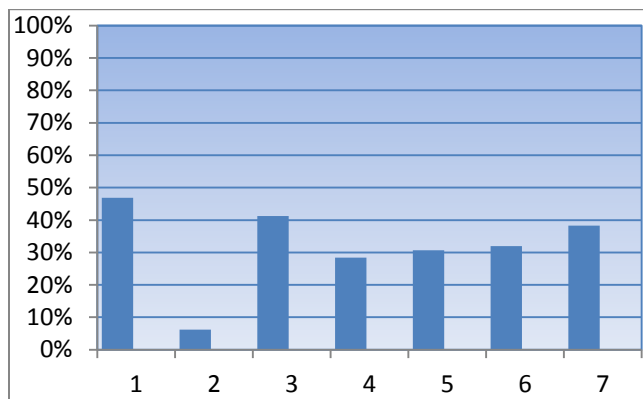


| Alternativer | Prosent |
|--|--------------|
| 1 Tilknytning | 23,0 prosent |
| 2 Samspill mellom foreldre og barn | 14,8 prosent |
| 3 Atferdsvansker hos barnet | 21,7 prosent |
| 4 Språk | 16,0 prosent |
| 5 Usikkerhet ift egen rolle som foreldre | 11,2 prosent |
| 6 Vansker ifb barnehage/skole | 18,3 prosent |
| 7 Samspill mellom det adopterte barnet og andre barn | 16,0 prosent |
| 8 Ernæring | 11,9 prosent |
| 9 Annet | 40,4 prosent |

Som oppfølging til spørsmålet over ble respondentene i spørsmål to bedt om å oppgi hvem de har vært i kontakt med for å få hjelp/støtte. Som forventet har en stor andel hatt kontakt med helsestasjon (46,9 prosent). Tilnærmet alle adoptivfamilier har kontakt med helsestasjonen i forbindelse med helsekontroller og vaksinasjoner, og det er naturlig at de på bakgrunn av en

allerede etablert relasjon henvender seg til helsestasjonen ved utfordringer. Helsestasjonen vil også for mange fremstå som et lavterskeltilbud hvor det er lett å henvende seg. 41,2 prosent har hatt kontakt med PPT. Dette er en relativt stor andel, samtidig som det er naturlig at mange familier har denne kontakten. Mange adoptivfamilier henvender seg til PPT i forbindelse med oppstart i barnehage og skole, og mange adopterte trenger ekstra hjelp og støtte for eksempel relatert til språkopplæring. Som tidligere nevnt adopteres det nå flere eldre barn enn før, og mange begynner på skolen kort tid etter hjemkomst. Et stort antall trenger særskilt tilrettelegging i en slik situasjon, og dette kan resultere i kontakt med PPT. Det mest oppsiktsvekkende i statistikken er at 28,4 prosent har hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Dette viser at hver fjerde adopsjon har utløst behov for kontakt med psykiatrien. En høy svarprosent på dette var imidlertid forventet ut ifra forrige spørsmål og de utfordringer familiene har hatt med tilknytning og atferdsvansker hos barnet. Dette tallet sier imidlertid mye om de utfordringer en adopsjon kan innebære.

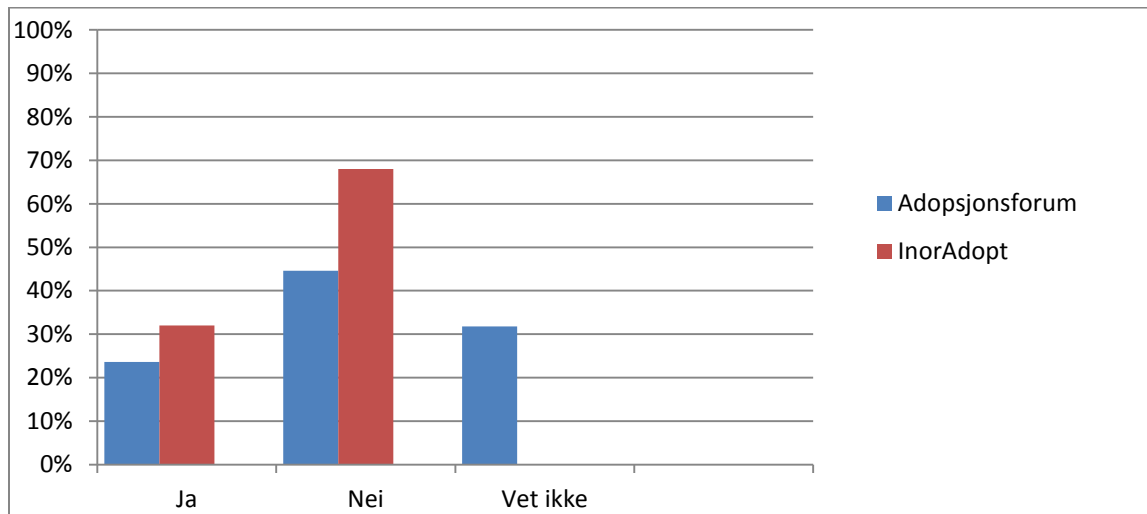
Spørsmål 2: Hvem har dere eventuelt vært i kontakt med i kommunen for å få hjelp/støtte i forhold til utfordringene?



| Alternativer | Prosent |
|---|--------------|
| 1 Helsestasjon | 46,9 prosent |
| 2 Familiesenter | 6,2 prosent |
| 3 PPT (Pedagogisk psykologisk tjeneste) | 41,2 prosent |
| 4 BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) | 28,4 prosent |
| 5 Barnehage | 30,7 prosent |
| 6 Skole | 32 prosent |
| 7 Annet | 38,3 prosent |

I neste spørsmål ba vi respondentene svare på om de fagpersonene de har hatt kontakt med hadde vist tilstrekkelig kunnskap om adopsjon. Som det fremgår av diagrammet under, svarte 44,6 prosent av Adopsjonsforums respondenter at de opplevde manglende kunnskap om adopsjon hos de fagpersonene de har vært i kontakt med. I InorAdopt sin undersøkelse eksisterte ikke svaralternativet “vet ikke”. Hele 68 prosent av respondentene svarte der “nei”, det vil si at fagpersonene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om adopsjon.

Spørsmål 3: Opplevde dere at fagpersonene hadde tilstrekkelig kunnskap i forhold til adopsjon?



”Skolen/helsestasjonen, iallfall her vi bor, har ekstremt lite ”peiling” for å si det sånn. Man blir henvist hit og dit, les hjemmesiden deres, så finner du nok svar på det du lurer på. Vi som foreldre synes ikke det er greit å bli en ”kasteball” i systemet, eller henvist til en lenke på nettet for å lese oss opp på kunnskaper.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

De som har svart nei, ble bedt om å utdype dette. Etter gjennomgang av de utdypende svarene, har vi sett at behovene for mer kunnskap/spesialkompetanse kan deles i tre hovedgrupper:

- Tilknytning/atferd/psykisk helse
- Barnehage/skole/språkutvikling
- Fysisk helse

Foreldrene uttrykker klartest at det er mangelfull kompetanse hos fagfolk når det gjelder utfordringer med tilknytning/atferd/psykisk helse. Deretter kommer behov knyttet til barnehage/skole/språk. Forhold som berører fysisk helse kommer på en tredje plass.



Når det gjelder familier som strever med forhold relatert til tilknytning, ser vi at dette ofte går over i og påvirker andre arenaer i livet. Det gjelder særlig i barnehage/skole og læringssituasjoner, men også i sosiale relasjoner utenfor hjemmet. utfordringene barna og familiene møter kan være svært sammensatte. En familie skriver:

”Hvor skal man begynne? Vi har opplevd en nesten total mangel på kunnskap om tilknytningsskader hos store adopterte barn. Vi har måttet drive voksenopplæring stort sett alle steder vi har kommet, forskjellen har egentlig bare bestått av hvem som har prøvd å lytte og hvem som ikke har prøvd i det hele tatt.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

En annen familie skriver:

”Helsestasjonen måtte vi bare gi opp – de hadde verken vilje eller kompetanse. Barnehage og skole hadde heller ikke kompetanse. Skolen kom etter hvert på banen når problemene ble store nok for dem.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

Når det gjelder fysisk helse, er det særlig ved oppfølgingen på helsestasjonene foreldre har opplevd manglende kompetanse, både når det gjelder konkret oppfølging av vaksiner og generell helseundersøkelse, og når det gjelder mer adopsjonsrelaterte forhold som kosthold og matintoleranser, følger av tidligere feil- og underernæring, omsorgssvikt og tilknytningsskader. En respondent skriver:

”Helsesøster hadde en gammel brosjyre fra 90-tallet om adopsjon. Det endte med at jeg måtte forklare henne om tilknytning og andre utfordringer.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

”Psykologen på helsestasjonen presterte å si at hennes erfaring var at adopterte barn oftere havnet på skråplanet enn andre barn. Dette brukte hun som argument for at jeg skulle sende datteren min i barnehage.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

I spørsmål nummer fire ble informantene bedt om å oppgi hvorvidt de har vært i kontakt med andre instanser for å få hjelp, utover de som eksisterer i deres hjemkommune. Svaralternativene i Adopsjonsforums undersøkelse var ”ja”, ”nei” og ”vet ikke” og 24,5 prosent svarte ja på dette spørsmålet. InorAdopt opererte igjen kun med svaralternativene “ja” og “nei”, og hele 38 prosent svarte der “ja”. Respondentene ble videre bedt om å utdype med faggruppe og behov/tema. Tema kan igjen deles i inn i tre hovedgrupper:

- Tilknytning/atferd/psykisk helse
- Barnehage/skole/språkutvikling
- Fysisk helse



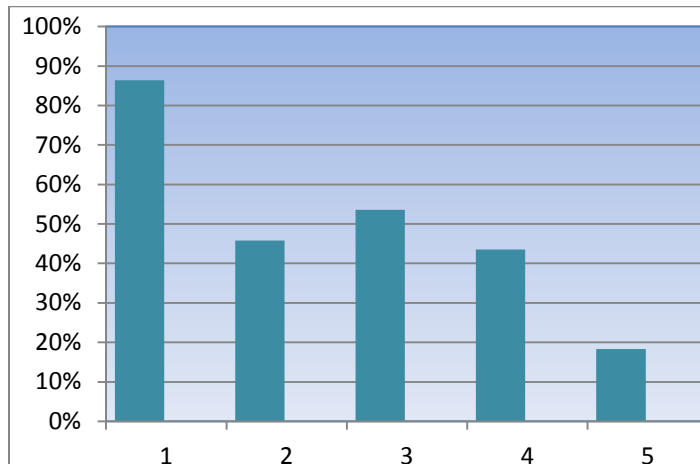
Igjen er det tydelig at det er innenfor området relatert til tilknytning at foreldre har opplevd størst behov for spesialkompetanse. Hjelpebehovet er imidlertid også her sammensatt. Når det gjelder fysisk helse, vil ikke alt vurderes som adopsjonsrelatert, som for eksempel en operasjon for leppe-ganespalte. Utfordringene familien møter blir imidlertid gjerne sammensatt. Adopterte barn har en annerledes livshistorie og kan som tidligere nevnt ha en større sårbarhet som følge av dette. En familie skriver:

”Vi adopterte et funksjonshemmet barn og opplevde, og opplever fremdeles, at det er en kamp å få et godt tilbud til barnet – nå den voksne. Akkurat slik som foreldre med egenfødte funksjonshemmede barn opplever. Men de vanskelighetene som er spesielt knyttet til at barnet er adoptert, er å få lærere, personale i boligen osv. til å forstå at denne personen har hatt mange og traumatiske omveltninger i sitt liv. Han må ha et stabilt tilbud, ikke noe som stadig endres etter hva kommunen ønsker å spare inn på. Så hver gang han skal fratas tilbud, må vi koble inn alt vi kjenner av kompetanse for å forsøke å hindre det. Det er et evig slit.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

En meget stor andel av familiene skriver at de har vært i kontakt med psykologspesialist Joachim Haarklou. Vedkommende har spesialisert seg på kurs med tema for adoptivforeldre og fosterforeldre, og tilbyr også veiledning over telefon. Familier over hele landet oppgir å ha hatt kontakt med ham, primært familier som har hatt utfordringer relatert til tilknytning.

I spørsmål fem ba vi respondentene svare på om de ville tatt kontakt med et nasjonalt kompetansesenter for adopsjon dersom dette hadde eksistert. InorAdopt hadde igjen svaralternativene “ja” og “nei”, og 83 prosent av respondentene svarte “ja” til at de ville tatt kontakt med et slikt senter. Adopsjonsforums respondenter kunne velge mellom “ja”, “nei” og “vet ikke”. Det er her 55,9 prosent, som svarte at de ville tatt kontakt med et kompetansesenter. Det familiene primært hadde ønsket av bistand fra senteret er informasjon og råd/veiledning (spørsmål seks). Vi ser også at mange av respondentene etterspør veiledningsopplegg etter hjemkomst.

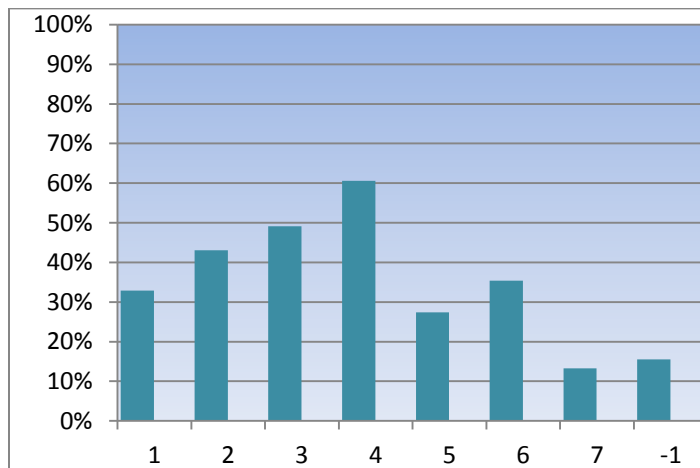
Spørsmål 6: Dersom dere svarte ja på spørsmålet ovenfor - hva hadde dere ønsket at et kompetansesenter kunne hjelpe dere med?



| Alternativer | Prosent |
|--|--------------|
| 1 Informasjon og råd/veiledning. (For eksempel knyttet til temaer som tilknytning, samspill foreldre/ barn, atferdsvansker hos barnet eller andre adopsjonsrelaterte spørsmål) | 86,4 prosent |
| 2 Temakvelder/seminarer | 45,8 prosent |
| 3 Veiledningsopplegg for adoptivforeldre etter hjemkomst | 53,6 prosent |
| 4 Nettverksgruppe med andre adoptivforeldre | 43,5 prosent |
| 5 Annet | 18,3 prosent |

I spørsmål åtte ble respondentene bedt om å oppgi hvilke fagpersoner de hadde ønsket skulle arbeide på et kompetansesenter. Som det går fram av oversikten under ønsker de fleste fagpersoner som psykolog, spesialpedagog, barnevernspedagog/sosionom og lege. Disse svarene samsvarer med utfordringene familiene har rapportert om, og behovene for bistand er knyttet til disse.

Spørsmål 8: Hvilken type fagpersoner ville dere ønske å møte på kompetansesenteret?



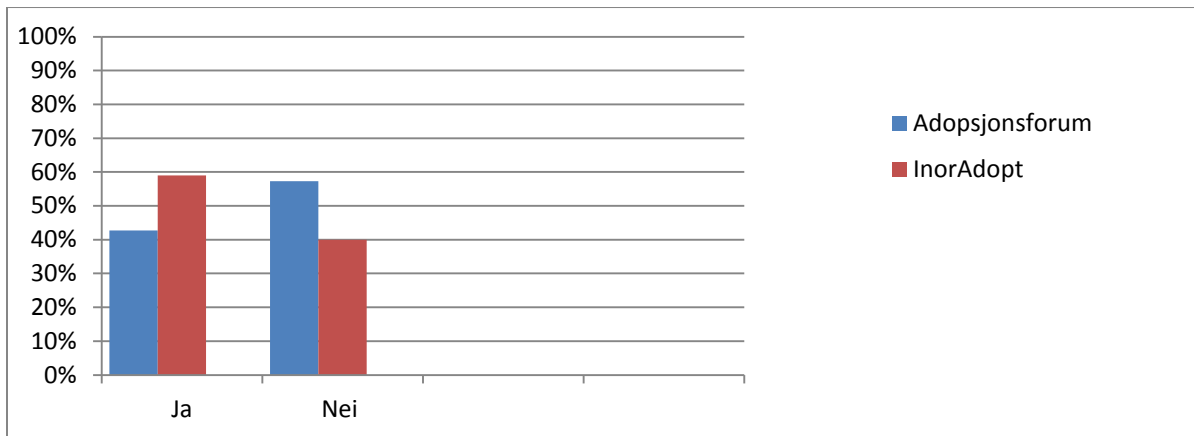
| Alternativer | Prosent |
|--|--------------|
| 1 Pedagoger (førskolelærer/lærer) | 32,9 prosent |
| 2 Sosialfaglig kompetanse (barnevernspedagog/sosionom) | 43,1 prosent |
| 3 Spesialpedagog | 49,1 prosent |
| 4 Psykolog | 60,6 prosent |
| 5 Helsesøster | 27,4 prosent |
| 6 Lege | 35,4 prosent |
| 7 Annet | 13,3 prosent |
| -1 Vet ikke | 14,5 prosent |

Av de yrkesgruppene som nevnes under svaralternativ 7, "annet", er blant annet ernæringsspesialist, familierapeut og logoped.

Mange av respondentene har i tillegg utdypet sine svar, og av de svar som går igjen hyppigst er viktigheten av at de ansatte på et kompetansesenter har spesialkunnskap på adopsjonsfeltet.

Spørsmål ni belyser hvorvidt adoptivforeldrene opplever at barnehage/skole har tilstrekkelig adopsjonskompetanse. 59 prosent av InorAdopt sine respondenter svarte at de hadde ønsket at barnehage/skole hadde hatt mer kunnskap om temaet, mens 42,7 prosent av Adopsjonsforum sine respondenter svarte bekreftende på dette.

Spørsmål 13: Opplever dere behov for ekstra hjelp/tilføring av kunnskap til personal i barnehage/skole i forbindelse med utfordringer som kan handle om barnets bakgrunn/adopsjon?



De som svarte ja ble bedt om å utdype svaret, og de svar som hyppigst går igjen er ansattes behov for mer kunnskap relatert til tilknytning, adopterte barns behov for stabilitet, læringsproblemer og språkutvikling. Mange poengterer også at det er viktig at ansatte i skole og barnehage har mer kjennskap til adopterte barns bakgrunn generelt, slik at de kan forstå barna og tolke deres signaler på rett måte.

”De fleste er ikke klar over hvor avhengig et adoptivbarn, med sine opplevelser, er av forutsigbarhet og trygghet. Barnehagen bruker også ”adopsjonen” som en forklaring for alle problemer som knyttes til barnet. Det mener jeg viser mangel på kunnskap. En må prøve å finne ut hva en kan gjøre for å hjelpe og forstå barnet, istedenfor å si: ”Sånn er det, for hun er adoptert...”” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

5.0 Redegjøring

5.1 Er det behov for et kompetansesenter for adopsjon i Norge?

”Vi kjenner flere fosterforeldre og ser hvilken hjelp de automatisk får på grunn av at barna er i en vanskelig situasjon. Vi ser også at våre barn sliter med mye av de samme tingene. Vi må derimot kjempe for å bli forstått og for at barna våre også trenger hjelp.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

Adopterte barn er andre lands barnevernsbarn. Bør vi ikke da tilby disse barna samme oppfølging og bistand som vi tilbyr norske barnevernsbarn? Et norsk fosterbarn plasseres i fosterhjem etter en tilvenningsperiode og følges opp med bistand så lenge plasseringen varer. Barnet har lovfestet rett på hjelp og tiltak, og deres omsorgspersoner skal i henhold til lovverket læres opp, og følges opp med veiledning etter behov (Lov om barneverntjenester, 1992 og Retningslinjer for fosterhjem, Q-1072B). Teamtankegangen står sentralt. Fosterforeldrene er en del av et samarbeidsteam rundt barnet sammen med barneverntjeneste og andre involverte instanser som barnehage/skole, helsestasjon, Avdeling for barn- og unges psykiske helse (BUP), PPT, Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU) etc. Fosterforeldre står altså ikke alene om oppgaven, men er en del av et team. Til sammenlikning er det ikke krav fra norske myndigheter om at adoptivforeldre må ha deltatt på forberedelseskurs, til tross for at flere av våre samarbeidsland etter hvert krever det. Mange får barna overlevert uten tilvenningsperiode, og de får ingen særskilt oppfølging etter adopsjonen.

Ekspedisjonssjef for Barne- og ungdomsavdelingen i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har tidligere uttalt seg i forhold til denne sammenlikningen mellom adopterte barn og fosterbarn. Det ble da uttalt at samfunnet har påtatt seg en helt annen forpliktelse til å følge opp fosterfamilier som velger å åpne opp hjemmet sitt for barn det norske samfunnet har overtatt omsorgen for, enn for familier som selv velger å adoptere barn. Uttalelsen var et argument for at tilbudet til fosterforeldre og oppfølgingen av denne gruppen foreldre er bedre enn for adoptivforeldre (Adopsjonsforum, 2010). Begrunnelsen for hvorfor adopterte/adoptivfamilier ikke får samme oppfølging som fosterbarn/fosterforeldre er knyttet til de voksne og deres motiver. De skadelidende er imidlertid barna. Det er derfor *barnas* behov for oppfølging og bistand som bør være det sentrale, og ikke hvorvidt de er barnevernsbarn fra Norge eller utlandet. Det sentrale er at de bor i Norge, er norske statsborgere og at norske myndigheter har et like stort ansvar for, både lovmessig, etisk og moralsk, å yte dem bistand. Som tidligere informert innebærer også ratifiseringen av Haagkonvensjonen at norske myndigheter har et eget ansvar for tilrettelagt bistand for adopterte og deres foreldre.

“Adoption is not a miracle that cures all delays and difficulties of post institutionalized children, and, at the same time, adoption comes with its own challenges to the adoptive families, emphasizing the need for providing support to adoptive parents.” (Juffer m.fl. 2011, s. 53)

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser tydelig at et stort flertall av adoptivforeldrene trenger bistand grunnet utfordringer relatert til adopsjonen. Det ideelle ville være at alle adoptivforeldre fikk dekket sine behov for bistand via det ordinære hjelpeapparatet, og at adoptivfamilien ble

fulgt tett opp av kvalifiserte helsesøstre rett etter hjemkomst. Dette er en naturlig tanke ut ifra at adopterte barn ikke skal skille seg ut fra norskfødte barn.

Adopterte barns bakgrunn og historie gjør imidlertid at det ordinære hjelpeapparatet dessverre ikke alltid er tilstrekkelig:

”Hver fagperson ser jentene fra sitt faglige ståsted. Ingen av dem ser jentene med adopsjonsbriller på.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

Kompetanseheving blant fagpersoner innen helsevesenet, ansatte i barnehage og skole, barnevernsansatte, ansatte i PPT etc., er nødvendig for at de skal evne og se barna på rett måte. Det sier seg imidlertid selv at det å skulle nå ut til alle helsesøstre, lærere og barnehageansatte i de 430 ulike kommunene i Norge er en svært tidkrevende og omfattende oppgave. Det er derfor viktig at kunnskap om adopterte barn, deres bakgrunn og situasjon blir et tema i grunnutdanningen til de yrkesgrupper som kan komme i kontakt med adopterte og deres familier. Dette skjer på enkelte utdanningsinstitusjoner i Norge i dag, blant annet initiert av lokale ildsjeler. Temaet er imidlertid ikke implementert i fagplanene, noe som vurderes som nødvendig. Dette tiltaket vil kunne bidra til å øke adopsjonskompetansen i samfunnet. Det er imidlertid en lang vei å gå, og vi trenger kompetente fagfolk nå.

Som tidligere nevnt eksisterer det flere PAS-tiltak i Norge i dag. Tiltakene fungerer svært godt, og tilbakemeldingene fra brukerne er udelt positive. Fagpersonene som arrangerer tiltakene gir også tilbakemelding om at det er behov for denne typen tiltak. Tromsø og Asker-teamet er eksempler på norske tiltak som fungerer svært positivt for innbyggerne i de aktuelle kommunene. Ulempen er at det kun er et begrenset antall adoptivfamilier som får nytte godt av disse tilbudene. Den særskilte kompetanse og erfaring fagfolkene opparbeider seg blir stort sett værende i kommunene. Dette innebærer at det ytes et bedre tilbud til adoptivfamilier i noen kommuner i landet enn ellers. Det er urealistisk å skulle opprette lokale PAS-tiltak i alle landets kommuner. Alternativt bør derfor adopsjonskompetansen “løftes” opp på et nasjonalt nivå slik at kunnskapen blir tilgjengelig for alle. Ut fra dette bør det avledes PAS-tiltak som kan tilbys alle adoptivfamilier i Norge.

Godt over halvparten av Adopsjonsforum sine respondenter, 55,9 prosent, og 83 prosent av InorAdopt sine respondenter, svarer at de ville tatt kontakt med et nasjonalt kompetansesenter dersom dette hadde eksistert. Regnet utfra ifra antall respondenter vil det si at ved cirka 60 prosent av adopsjonene trenger adoptivfamilien mer bistand enn den de får fra samfunnet. Basert på resultatene fra spørreundersøkelsen, samt de tilbakemeldinger vi har fått fra lokale PAS-tiltak, kan vi dermed konkludere med at det er behov for et kompetansesenter for adopsjon.

5.2 Forslag til organisering

5.2.1 Nasjonalt kompetansesenter for adopsjon

Et kompetansesenter bør organiseres på en mest mulig hensiktsmessig måte ut ifra de behov det skal dekke, samt tilpasses Norges geografiske struktur. For å kunne sikre at kompetansen blir

samlet, og kommer alle innbyggerne til gode, bør senteret etableres som et *nasjonalt* kompetansesenter. Et slikt nasjonalt kompetansesenter bør etableres i en av de største byene i Norge. Dette vil sikre tilstrekkelig kompetanse, samt forenkle reisevei for dem som skal oppsøke senteret.

Svarene i spørreundersøkelsen viser tydelig at respondentenes primære behov for bistand er i form av mer informasjon og veiledning. I likhet med senteret i Utrecht vil et norsk nasjonalt kompetansesenter besvare telefonhenvendelser og e-post fra foreldre og adopterte, og på den måten gi informasjon og veiledning.

Veiledning/rådgivning over telefon og e-post vil fungere positivt i mange tilfeller. Dette kan for eksempel være i situasjoner hvor det er snakk om veiledning av begrenset omfang, eller i tilfeller hvor adoptivfamilien har behov for konkrete råd.

Hentereiser i forbindelse med adopsjon har ulik lengde, dette kan variere fra en uke og opp mot ett år. Tilgangen på kompetente fagfolk kan variere under disse reisene, og for familier i slike situasjoner kan det å kontakte et norsk kompetansesenter via telefon eller e-post være kjærkommen hjelp.

I spørreundersøkelsen ble informantene spurt om hva slags faggruppe de ønsker skal arbeide på et kompetansesenter for adopsjon. 61 prosent svarte at de ønsket å møte psykolog på kompetansesenteret. Dette er naturlig da en overvekt av familiene oppgir utfordringer relatert til tilknytning og atferdsvansker hos barnet som de største utfordringer etter adopsjonen. Videre svarte 50 prosent at de ønsker spesialpedagog på senteret, og 43 prosent at de ønsker en ansatt med sosialfaglig kompetanse. 35 prosent ønsker å møte lege når de kontakter senteret. Et moment som går igjen i svært mange besvarelser er at de ansatte må ha særskilt kompetanse/erfaring innen adopsjon. Basert på respondentenes svar, og sett opp mot de oppgaver senteret skal utføre, vil vi anbefale at senteret etableres med fire fast ansatte personer. På grunn av adoptivfamiliers vide spekter av utfordringer, og behovet for tverrfaglighet, bør disse ha ulik yrkesbakgrunn. En av de ansatte bør ha psykologisk bakgrunn, en pedagogisk bakgrunn, en sosialfaglig bakgrunn og en medisinsk bakgrunn. De bør alle ha omfattende adopsjonskunnskap og veiledningskompetanse. Uavhengig av fagbakgrunn bør de alle også inneha omfattende innsikt i kommunal virksomhet, særlig innenfor barnehage og skole.

Utfordringer knyttet til adopsjon vil for mange være en stor påkjenning for parrelasjonen og minst en av de ansatte bør ha familierapiutdanning:

”Mannen min og jeg har ofte snakket om at hadde ikke vi hatt et sterkt og godt forhold, så ville vi kanskje ikke klart å møte de utfordringene vi har møtt på samme stødige måte.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

5.2.2 Veiledere på fylkesnivå

Veiledning via kommunikasjonskanaler som telefon og e-post vil imidlertid i mange situasjoner være utilstrekkelige. Dette gjelder tilfeller hvor problemene er mer sammensatte og komplekse, og hvor familiene trenger bistand over lengre tid. I slike situasjoner vil veiledning via telefon/

e-post ha sine begrensninger og svakheter. I tillegg til et nasjonalt kompetansesenter er det derfor også behov for veiledere som kan følge opp familier med ”face-to-face”-veiledning over et lengre tidsrom. En slik veiledning innebærer helt andre forutsetninger i form av tid, kontinuitet, det å møte den andre, få blikk-kontakt og se den andres reaksjoner og følelser. Veiledningen blir mer relasjonell, og det kan fokuseres mer på de prosesser og den dynamikk som skjer i møtet mellom veileder og den som blir veiledet.

I tråd med respondentenes uttrykte behov, samt Norges geografiske struktur, vil PAS-rådgivning slik den fungerer i Danmark også kunne være en god modell for norske forhold. For å sikre kompetente veiledere over hele landet bør en norsk PAS-modell innebære veiledere fordelt på de ulike fylkene. I noen fylker vil det være behov for flere veiledere per fylke, grunnet stort geografisk areal eller høyt antall adopsjoner. For eksempel ble det adoptert flest barn til Akershus fylke i 2011, nemlig 52 barn. Finnmark, som har nesten ti ganger så stort geografisk areal som Akershus, hadde til sammenlikning tre adopsjoner i 2011.¹²

Veilederne bør være personer med en særskilt og genuin interesse for adopsjon, gjerne med erfaring fra området og med veiledningskompetanse. Det kan enten dreie seg om psykologer, sosionomer, pedagoger eller personer med egenerfaring enten som adoptert eller adoptivforeldre. I Danmark er veilederne ofte privatpraktiserende psykologer som arbeider med PAS i tillegg til sitt ordinære arbeid. En slik ordning hvor veilederne engasjeres i deltidsstillinger synes gjennomførbart også i Norge. Et nasjonalt kompetansesenter med spesialisert adopsjonskompetanse vil kunne fungere som oppdragsgiver for veilederne, ha mandat til å velge dem ut, gi dem informasjon og opplæring, samt oppfølging og veiledning. I likhet med PAS i Danmark bør alle veiledere gjennom et opplæringsprogram før oppstart. Videre bør alle veilederne jevnlig møtes til felles fagdager på kompetansesenteret. Dette for å sikre lik praksis, samt nødvendig videreutdanning.

Fokus for veiledningen må selvfølgelig tilpasses hver enkelt families behov, men noen tema bør være like for alle familier etter hjemkomst. Dette er for eksempel adoptivforeldrenes forståelse av barnets historie og viktigheten av deres sensitivitet overfor barnets atferd og reaksjoner. Videre bør det fokuseres på utvikling av en god og gjensidig følelsesmessig tilknytning og relasjon mellom det adopterte barnet og dets nye foreldre. Metodisk fremgangsmåte kan således være den samme for alle veiledere, men tilpasses den enkelte families særskilte behov.

Erfaringsmessig opplever noen adoptivforeldre det som vanskelig å kontakte hjelpeapparatet og drøyer med å oppsøke hjelp. Bakgrunnen for dette er gjerne at de som formelt godkjente foreldre føler de bør mestre utfordringene selv og leve opp til betegnelsen ”ressurssterk”. Det kan føles tabubelagt å snakke om utilstrekkelighet overfor egne barn, og det å oppsøke hjelpeapparatet kan tolkes som tegn på at de har ”mislyktes” i foreldrerollen¹³. Det er viktig å få mer åpenhet på dette området, og bidra til at alle familier som trenger bistand får mulighet til dette. PAS-ordningen med kompetansesenter og veiledere bør være et lavterskeltilbud i den forstand at det skal være lett for målgruppen å ta kontakt. Adoptivfamilien bør kunne ta direkte kontakt med veileder uten noen form for henvisning. Videre bør det være relativt kort ventetid for å få veiledningstime.

¹² <http://www.ssb.no/adopsjon/tab-2012-06-07-02.html>

¹³ <http://www.sinneshelse.no/artikler/adopsjon.htm>

Veiledningen bør kunne finne sted der familien selv ønsker, enten i eget hjem eller på veileders kontor.

5.2.3 Målgruppe og omfang

Erfaringene fra PAS-prosjektet i Danmark i perioden 2007-2010 var at cirka 35 prosent av målgruppen tok kontakt med veileder etter å ha mottatt invitasjon. Ifølge vår spørreundersøkelse svarte som sagt 55,9 prosent av Adopsjonsforum sine respondenter og 83 prosent av InorAdopt sine respondenter at de hadde tatt kontakt med et kompetansesenter dersom dette hadde eksistert. Dersom vi sammenlikner tallene for Norge og Danmark indikerer dette at PAS-veiledning hvor det overlates til familiene selv å ta kontakt, ikke fanger opp hele målgruppen.

“Det kan være vanskelig å vite hvor terskelen ligger for å be om hjelp. Hva er “normale” problemer, og når er det tilknytningsproblemer?” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

Istedenfor å overlate ansvaret med å ta kontakt til familiene, kan alternativt alle adoptivfamilier innkalles til en samtale med PAS-veileder etter hjemkomst. Det vil da ikke bli opp til den enkelte familie å vurdere hvorvidt de skal kontakte veileder, og eventuelt når. På denne måten vil en sikre at tilbudet når alle. Dette er samsvarende med Adopsjonsutvalgets anbefalinger som foreslår at alle adoptivfamilier får tilbud om samtale med psykolog etter hjemkomst.

Informasjon om PAS-tilbudet (kompetansesenteret og veilederne) bør gis til adoptivsøkere så tidlig som mulig i adopsjonsprosessen. Kompetansesenteret bør ha sin egen hjemmeside hvor senteret presenteres. I forbindelse med tildeling bør søkerne informeres om PAS-veilederne i deres region og kontaktinformasjon.

I Danmark har de valgt å gi veiledning til adoptivforeldre den første tiden etter hjemkomst med barnet. Dette er begrunnet i at tidlig intervensjon kan forhindre, forebygge og redusere eventuelle senere utfordringer og problemer. Målet med tidlig intervensjon er å identifisere og håndtere et problem eller en utfordring så raskt som mulig. Ved å arbeide med utfordringer på et tidlig stadium kan man med relativt liten innsats få problemet minimalisert eller eliminert, sammenliknet med om utfordringene får utvikle seg til større problemer over tid. Tidlig intervensjon kan innebære at man til en viss grad handler før en med sikkerhet kan fastslå at noe er et problem. Forskning viser imidlertid at tidlige tiltak i stor grad kan kompensere for mangelfull oppfølging i starten av barnets liv (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009). I likhet med PAS-veiledningen i Danmark er det derfor viktig at den norske PAS-rådgivningen fokuserer på forebygging og tidlig intervensjon. PAS-veiledning bør tilbys alle adoptivfamilier rett etter hjemkomst. Mange familier har ikke bruk for veiledningen, men ved å gå bredt ut vil en kunne fange opp dem som har bruk for den og forebygge problemer.

Den første PAS-rådgivningen i Danmark var begrenset til inntil fem samtaler per familie de tre første årene etter hjemkomst. Det er ingen begrensning i antall veiledningstimer familiene kan få i det PAS-tilbudet som startet opp i januar 2012. Bakgrunn for dette er ifølge prosjektleder Lene Kamm at behovene varierer, og at det blir feil å begrense den hjelpen familiene skal få. De danske erfaringene er også relevante i Norge da situasjonen i landene er svært lik. På bakgrunn

av dette finner vi det ikke riktig å anbefale noen begrensning på antall veiledningstimer hver enkelt familie skal få mulighet til å motta. For noen familier vil det kanskje være behov for bistand over et langt tidsperspektiv. Ifølge den danske psykologen Niels Peter Rygaard bør det i noen situasjoner være *obligatorisk* med oppfølging under hele barnets oppvekst:

“Det bør likeledes være obligatorisk, at især adoptivforeldre, som adopterer barn med mange tegn på omsorgssvigt eller barn over 3 år, får tilbudt og har pligt til at deltage i supervision fra en central rådgivningsenhet under hele opvæksten – en regel, der efter lovgivningen om Barnets Reform også gælder plejeforeldre¹⁴.”

Når det gjelder tidligere sammenlikning mellom norske barnevernsbarn og adopterte, vil det også i Norge kunne tenkes situasjoner hvor det ville vært fruktbart å pålegge adoptivforeldre en form for oppfølging over tid. En tenker ikke her på tilsyn i form av kontrollfunksjon, men mer som en pålagt kontakt med hjelpeapparatet for å sikre at barnets behov blir ivaretatt på alle områder. For barn med langvarige, sammensatte hjelpebehov er det ifølge helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven, også viktig at det utarbeides en individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). Dette for å i størst mulig grad sikre et individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Fram til nå har vi fokusert på at PAS-tiltakene skal være rettet mot adoptivforeldre i den første tiden etter hjemkomst. Det å være adoptivforeldre eller det å være adoptert er imidlertid ikke noe som bare varer en periode – det varer hele livet, og utfordringer kan dukke opp på senere tidspunkt:

“Jeg opplever det som stor utfordring når barna blir større, tidligere i puberteten enn de andre, på søken etter hvem jeg er, regresjon, sårbarhet og sterke reaksjonsmønstre, avvisning av adoptivforeldre osv. Vi har hatt ungene et ”helt liv” – så dette burde vi mestre. Men for oss har dette vært vår største utfordring ever! Ingen hjelp å få!” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

Ideelt sett bør derfor et kompetansesenter for adopsjon yte hjelp og støtte til *alle* adoptivforeldre og *alle* adopterte. Det er dokumentert at behovene finnes, helt fra søkeren starter en adopsjonsprosess og til et adoptert barn selv er godt voksent. For mange adopterte kan ungdomstiden bli en utfordring, hvor gamle ubearbeidede hendelser kan dukke opp igjen, og temaer knyttet til adskillelse, selvstendighet og avvisning bli aktualisert. I tillegg til å adskilles fra sine foreldre, stilles adopterte overfor ekstra utfordringer begrunnet i at de har to sett foreldre (Bufetat, 2006). Noen adopterte opplever også utfordringer senere i livet, og for eksempel graviditet og foreldreskap kan vekke tidlige minner fra egen barndom. En PAS-ordning i henhold til Haagkonvensjonens krav bør derfor også omfatte adopterte ungdom og voksne.

¹⁴ <http://politiken.dk/debat/kroniker/ECE1717328/adoptionsforloeb-kan-og-skal-forbedres/>

5.2.4 Individuell veiledning versus gruppeveiledning

Mange av respondentene (43,5 prosent) ønsker deltakelse i nettverksgrupper med andre adoptivforeldre. De gir videre uttrykk for å savne fellesskap med andre adoptivforeldre, spesielt den første tiden etter hjemkomst:

”I ”barselperioden” blir man gående alene siden man har helt andre behov og utfordringer med sitt ”nye” barn i forhold til egenfødte barn.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

”Det har ikke vært naturlig for meg å delta i en barselgruppe med mine barn. Jeg har opplevd at foreldre med egenfødte barn og jeg har veldig lite felles samtaleemner. Foreldre med egenfødte barn og jeg er på hver vår planet i forhold til utfordringer.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

Gruppefellesskap mellom adoptivforeldre kan etableres ved at veilederne koordinerer og oppretter grupper basert på sin kjennskap til adoptivfamilier i de ulike fylkene. Gruppeveiledning har sine styrker i at deltakerne kan lære av hverandre, støtte hverandre og gi en fellesskapsfølelse. Deltakerne fra gruppeveiledningen i Region Midt-Norge opplevde det for eksempel frigjørende å se at andre foreldre møtte de samme utfordringer som dem selv. Andre fordeler med veiledningsformen er at den er økonomisk- og tidsbesparende.

Gruppeveiledning har imidlertid også sine svakheter ved at noen deltakere kan bli mer ”synlige” enn andre, mens andre kan bli mer ”bortgjemte”. Det er videre en risiko for at veiledningsgrupper kan bli *for* generelle, og at familier ikke tør å ta opp de utfordringer de står overfor. Erfaringene fra veiledningsgruppene i Region Midt-Norge er imidlertid positive, og tilbakemeldingene var at familiene turte å ta opp sensitive og private tema i gruppa. Flere uttalte at de aldri hadde vært så fortrolige som de kunne være i gruppa, selv ikke med nærmeste familie (Clifford, 2009).

Fra veilederens perspektiv kan gruppeveiledning være krevende å lede og organisere. Gruppelederne fra veiledningsprosjektet til Bufetat Region Midt-Norge opplevde det for eksempel vanskelig å finne den rette balansen mellom mindretallet blant foreldrene som opplevde betydelige problemer med sitt barn, og flertallet som ikke opplevd dette (Clifford, 2009).

Ifølge resultatene fra spørreundersøkelsen går det klart fram at ulike familier har ulike tanker og behov om hvilken form veiledningen bør ha. Dette vil blant annet avhenge av faktorer som geografisk plassering, type utfordring og personlighet. For å sikre at hver familie får mulighet til bistand med de utfordringer de har, anbefales det at individuell veiledning tilbys alle, og at gruppeveiledning eventuelt tilbys som et subsidiært tilbud.

5.2.5 Kompetanseheving i barnehage, skole og hjelpeapparat

Resultatene i spørreundersøkelsen viser at 42,7 prosent av respondentene ser behov for økt adopsjonskunnskap til personal i barnehage og skole, og de utfyllende kommentarene fra respondentene vedrørende dette er mange:

”Skole og barnehage mangler forståelse for at adopterte barn har ”mistet” noen år”. (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

”Det handler om manglende forståelse for et adoptivbarns bakgrunn. (...) Skolen har lett for å sette problemer/utfordringer i forhold til barnet opp mot at barnet er vanskelig, lat osv. og/eller sammenligner for ofte opp mot normalfungerende/norskfødte barn.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

”Det er vanskelig å få forståelse for barnas behov for stabilitet hos styrer og avdelingsleder i barnehagen.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

Mange adopterte barn får spesialundervisning i skole, men denne undervisningen er ikke nødvendigvis tilpasset de adopterte barnas spesielle lærevansker og behov. Bakgrunnen for dette er at skolen har lite erfaring med adopterte barn og mangler kunnskap om adopterte barns læring. Mange adopterte klarer seg godt i skolen, både faglig og sosialt. Det finnes imidlertid en del som har faglige problemer og utvikler lærevansker. Dette kan igjen medføre lave skoleprestasjoner. Disse barna har derfor et spesielt behov for tilrettelagt opplæring (Bufetat, 2006). Det er viktig med kompetanseheving innen barnehage og skole for å kunne gi de adopterte barna et godt læringsmiljø, forebygge problemer og bistå ved lærevansker.

Som det fremgikk av spørreundersøkelsen hadde 46,9 prosent av adoptivforeldrene henvendt seg til helsestasjonen for å få hjelp med sine utfordringer. Dette synliggjør helsestasjonens sentrale posisjon overfor adoptivfamilien, og hvor viktig det er at faggruppen besitter relevant adopsjonskompetanse. Behovet for kompetanseheving er imidlertid også stort innenfor denne faggruppen. Anne Britt Kvaale, veileder fra gruppeveiledningsprosjektet i Region Midt-Norge, mottok i etterkant av veiledningsgruppene flere henvendelser om ytterligere behov for veiledningsgrupper for adoptivforeldre. Henvendelsene kom spesielt fra helsesøstre som opplevde å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å hjelpe disse familiene. Dette er i samsvar med tilbakemeldingene i undersøkelsen, der et stort antall opplevde at helsestasjonen ikke hadde tilstrekkelig kompetanse om adopsjon. Helsedirektoratet sendte i juni 2012 ut et nytt rundskriv for helseoppfølging av adopterte utenfor Vest-Europa på høring. Landsgruppen av helsesøstre skriver i sitt høringssvar at de opplever at det er behov for økt adopsjonskunnskap, både hos helsesøstre og hos fastleger (NSFs Landsgruppe av helsesøstre, 2012).

Et sitat fra undersøkelsen sier litt om en helsesøsters kunnskap om adoptertes behov for tilknytning den første tid etter hjemkomst:

”Ved førstegangs adopsjon for åtte år siden, ble vi rådet sterkt av helsestasjon at sønnen vår skulle begynne i barnehage ganske raskt. (...) Enda undrer jeg meg over helsestasjonene, for også ved andregangs adopsjon har vi nesten møtt motstand når vi har sagt at barna skal være hjemme i over 12 måneder før de starter i barnehagen.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

Konsekvensene ved å følge anbefaling om tidlig barnehagestart kan dessverre bli svært dramatiske for barnets tilknytningsutvikling til sine foreldre, og i verste fall resultere i omfattende relasjonsproblemer. Bakgrunnen for denne feilaktige informasjonen var at

helsesøster ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om adoptertes bakgrunn, og overførte kunnskap om egenfødte barn til adopterte. Andre eksempler på at råd for egenfødte barn ikke kan overføres til adopterte er for barn som har vansker med å sovne. Mange helsesøstre har anbefalt adoptivforeldre å la barnet ligge i sengen og gråte, fremfor å ta det opp. Mens rådet kan være rett for egenfødte barn, og et tegn på "stahet", kan det for adopterte være et tegn på utrygghet. Det å la barnet ligge alene å gråte i sengen vil dermed forsterke utrygghetsfølelse og påvirke barnets tilknytningsprosess til foreldrene negativt. Et tredje eksempel hvor alminnelige råd ikke passer for adopterte går på barn som har problemer med å takle grensesetting og et "nei" fra sine foreldre:

"Dersom helsesøster hadde hatt større kompetanse og kunne sett "signalene" tidlig, ville vårt "arbeid" med å bruke de riktige verktøyene for å styrke vår datter, spart oss og vår datter for flere års "kamp". Når man ved flere anledninger tar opp problematikk som går på barnets atferd og spesielt i form av sinne/aggresjon/traume, forventer man at helseetaten vet mer enn vi som foreldre." (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

I ovennevnte situasjon oppsøkte familien først helsesøster og deretter BUP. Der ble barnet definert som bestemt og sta. Rådene som ble gitt var blant annet å sette strengere grenser, avvise datteren og innføre belønningssystemer. Problemet ble således definert som et oppdragelsesproblem, mens det egentlige problemet var et tilknytningsproblem. Mor til denne jenta slo seg ikke til ro med "diagnosen" og fortsatte i flere år å kjempe for at datteren skulle få diagnose relatert til tilknytningsproblematikk. Hun søkte selv omfattende kunnskap om temaet og presenterte dette for fagfolk på BUP. Konklusjonen ble at jenta fikk diagnosen reaktiv tilknytningsforstyrrelse. BUP innrømmet å ha for lite kunnskap om temaet, og de ba adoptivmor om å bistå dem ved lignende tilfeller.

Som nevnt er det nå et nytt rundskriv for helseoppfølging av adopterte barn på høring. Formålet med dette rundskrivet er å sikre et godt og likeverdig tilbud for adoptivfamilier i alle Norges kommuner, og å sikre at adopterte barn får like god oppfølging som andre barn i Norge (Helsedirektoratet 2012).

"Adopterte har lett "falt mellom to stoler" fordi de fleste blir norske statsborgere før de kommer til Norge. Familiene har ikke fått en spesiell oppfølging på lik linje med asylsøkere og flyktninger, og de har heller ikke fått det samme tilbudet som norske vordende og nybakte foreldre får, som foreldreforberedende kurs/samtaler, hjemmebesøk m.m." (Helsedirektoratet 2012, s.3)

I dette rundskrivet opplyses det blant annet om adopterte barns mulige psykososiale utfordringer, som for eksempel tilknytningsproblemer, søvnvansker og identitet. Det vurderes som svært positivt at et nytt rundskriv vedrørende helseoppfølging er under utarbeidelse, da dette kan avhjelpe situasjonen for barn og familier den første tiden sammen i Norge.

Ifølge statistikken klarer de fleste adopterte barn seg veldig godt. På samme måte som egenfødte barn vil imidlertid disse også kunne ha sine utfordringer gjennom livet. Det er viktig å ikke tilskrive alle utfordringer adopterte møter med at de er adoptert:

“(…) opplever at adopsjon er verdens beste knagg å henge alt på.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

På den andre side er det viktig å kunne se hvilke utfordringer som faktisk kan ha opphav i at de er adoptert. For å sikre dette må fagpersoner har tilstrekkelig kompetanse på å se barnet, diagnostisere det rett og behandle det rett.

Erfaringsmessig kan det by på utfordringer å overføre kompetansen fra nasjonale og regionale kompetansesentre ned på kommunale nivå. I Stortingsmelding nummer 16 ”Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)” går det fram at det ønskes en utredning av hvordan en kan styrke arbeidet med nasjonale kompetansesentre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målsettingen er at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av kommune. I henhold til nytt styringssystem for nasjonale behandlings- og kompetansetjenester fra 2011 er det et mål å sikre at ny kompetanse integreres i det ordinære tjenestetilbudet. Det vil i januar 2013 startes opp to prosjekt som skal gjennomgå regionale og nasjonale kompetansesentrene og komme med forslag til utvikling og en bedre utnytting av kunnskaps- og kompetansemiljøene innenfor fagområder som psykisk helse, barnevern, familievern, vold og rus.

Konklusjonene fra disse prosjektene vil sannsynligvis være nyttige for hvordan det nasjonale kompetansesenteret for adopsjon kan overføre kompetansen til kommunenivå. Samtidig har vi allerede erfaringer fra andre sentre hvor denne kompetanseoverføringen fungerer godt. Eksempler er kompetansesenteret i Nederland og Spira i Stockholm. Sentrene gir opplæring til ansatte i hjelpeapparat, barnehager og skoler, og effekten av dette er svært positiv. Erfaringene fra disse tiltakene tilsier at oppgaven med kompetanseutvikling blant fagfolk på kommunenivå bør tillegges det nasjonale kompetansesenteret. Med spisskompetanse på adopsjon vil senteret kunne spre adopsjonskunnskap for eksempel ved generell opplæring til hjelpeapparat, skoler og barnehager i form av kurs eller seminarer. Kompetansesenteret i Nederland og Spira i Stockholm tilbyr også veiledning til barnehage og skole, samt andre deler av hjelpeapparatet, i *konkrete* saker. Sett ut ifra våre respondenters utfyllende kommentarer på dette punktet, vurderes det å være et stort behov for denne type veiledning også i Norge. Ansatte vil da selv kunne kontakte kompetansesenteret for veiledning ved konkrete situasjoner de står overfor.

Det vil sannsynligvis også være situasjoner hvor det er nødvendig at veilederne på fylkesnivå veileder involverte fagfolk i konkrete saker, som for eksempel barnehage, skole, helsestasjon, PPT og BUP. Veilederne på fylkesnivå har kjennskap til lokale hjelpeinstanser i regionen, noe som vil være nyttig for å kunne yte familien best mulig bistand og henvise dem til rette instans.

Som tidligere nevnt er adopsjonssituasjonen endret de senere år ved at flere av barna som adopteres har særskilte omsorgsbehov. Enten det er høy alder, fysiske eller psykiske faktorer som medfører betegnelsen ”særskilte omsorgsbehov”, vil disse ekstramomentene kunne medføre større utfordringer for adoptivforeldre. Behovet for kompetent støtte og veiledning er således ekstra viktig sett ut ifra dagens adopsjonssituasjon. Opplæring av ansatte i skole synes for eksempel å være helt nødvendig da flere barn nå er i skolealder ved adopsjonstidspunktet og begynner i skole relativt raskt etter hjemkomst.

Et annet sitat fra spørreundersøkelsen minner oss om at det ikke bare er ved helsestasjon, skole og barnehage det er behov for kompetanseheving, men at dette trengs i alle de instanser som har kontakt med adopterte:

”Utfordringen er når ungdommen er fylt 18 år og er myndig (i hvert fall på papiret). Da faller ungdommen og vi mellom alle stoler. Det er et enormt stort behov for å sette inn tiltak her! Kunnskapen på de ulike NAV-kontorene er skandaløst dårlig! Fra å ha en tett oppfølging i skolealder, skal ungdommen plutselig klare seg selv (for all hjelp er frivillig). De som skal være hjelpeapparat skjønner ikke behovet for fortsatt tett og spesialisert hjelp, og svært mange av disse adopterte ungdommene havner på uføretrygd.” (Gjengivelse av sitat fra spørreundersøkelsen.)

Konsekvensene av at adoptivfamilien ikke mottar kompetent hjelp kan for noen bli svært dramatisk. Ungdomstiden kan som nevnt bli tøffere for adopterte, og dessverre er det noen tilfeller hvor problemene blir uutholdelige og ungdommen må flytte fra adoptivfamilien. Ifølge Asker-teamet er det svært vanskelig å finne egnede plasseringssteder for denne gruppen ungdom. Bildet er komplekst, og det finnes verken egnede tilbud innen psykiatrien eller barnevernet. Dette skyldes blant annet uegnede plasseringssteder og manglende kompetanse på adopsjon. Et eksempel på at det imidlertid er mulig å bygge opp kompetansen innenfor fagfeltet er ungdomsinstitusjonen Folåsa i Sverige. Denne institusjonen arbeider primært med adopterte ungdom, og fungerer både som akutt-, utrednings- og behandling sinstitusjon. Folåsa har spesialisert seg på utfordringer adopterte ungdom kan slite med, som identitetsproblematikk, tilknytningsvansker, alvorlige relasjonsproblemer, skolevansker og store familiære problemer. Familiearbeid har en sentral plass i behandlingen av ungdommene¹⁵ (Statens institusjonsstyrelse, 1999). Eksempelet fra Sverige synliggjør at det er behov for å styrke barneverntjenestens tiltak overfor adopterte også i Norge.

Et kompetansesenter vil kunne ha ansvar for at adopsjon som tema integreres i grunnutdanningene til de yrkesgrupper som representerer det naturlige hjelpeapparatet for adopterte og deres familier. Et kompetansesenter bør videre ha i oppgave å samle all relevant litteratur på adopsjonsfeltet, og til enhver tid være oppdatert på adopsjonssituasjonen og aktuell forskning. På denne måten vil det være enkelt for enhver som har behov for det, å innhente litteratur om adopsjon.

5.3 Ressurser

Prosjektgruppen er i mandatet bedt om å si noe om ressurser i tilknytning til et kompetansesenter. Vi vil her gi en oversikt over hvilke ressurser det totale PAS-tilbudet vil innebære, både for det nasjonale kompetansesenteret og veilederne.

Det nasjonale kompetansesenteret bør som tidligere nevnt av ulike grunner etableres i en av de største byene i Norge, fortrinnsvis Oslo eller Trondheim. Kompetansesenteret kan enten

¹⁵ <http://www.stat-inst.se/folasa>

etableres som en frittstående enhet, eller i tilknytning til allerede eksisterende instanser. Sistnevnte forslag vil naturlig nok innebære noe reduserte kostnader sammenliknet med førstnevnte.

På sikt vil det være aktuelt å tenke at kompetansesenteret for adopsjon ikke bare har en post-adopsjons funksjon, men også fungerer som et pre-adopsjonstiltak ved å gi bistand til adoptivsøkere i forkant av adopsjonen. Per i dag er det Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) som har ansvar for adopsjonsforberedende kurs for adoptivsøkere. De fem regionskontorene besitter mye adopsjonskompetanse og samlokalisering med ett av disse kontorene kunne således vært faglig fruktbart. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at adoptivforeldre kan vegre seg for å ta kontakt med kompetansesenteret dersom det samlokaliseres med instanser som er involvert i adopsjonsprosessen. Bufetat er den instansen som utsteder forhåndsgodkjenning for adopsjon, og mange vil sannsynligvis oppleve det vanskelig å skulle vise "svakhet" overfor denne instansen ved å be om bistand.

Adopsjonsutvalget foreslo i sin rapport å videreutvikle kompetansen i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og gi dem ansvar for å spre nødvendig kunnskap, forskning og erfaring om adopsjon (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009). Adopsjonsutvalget sa ikke noe om hvordan Bufdir er tenkt å utføre denne oppgaven. Prosjektgruppen vurderer det som lite aktuelt å skulle etablere kompetansesenteret i tilknytning til Bufdir. Dette fordi Bufdir i likhet med Bufetat har en sentral rolle i adopsjonsprosessen og fungerer som ankeinstans ved avslag hos Bufetat.

En annen mulighet for samlokalisering er med andre kompetansesentre. De fleste av disse er imidlertid organisert annerledes enn hvordan kompetansesenteret for adopsjon bør organiseres. Kompetansesenteret for adopsjon skal være et lavterskeltilbud hvor brukerne kan ta direkte kontakt uten henvisning. Mange andre kompetansesentre har imidlertid kun indirekte kontakt med enkeltpersoner, ved at de veileder fagfolk som igjen har den personlige kontakten.

En tredje mulig samlokaliseringsinstans er høyskole eller universitet. En vil på denne måten kunne sikre et tett samarbeid med aktuelle fag- og forskningsmiljø, samt enkelt kunne sikre at fagkompetansen implementeres i fagutdanningene. Disse momentene vil imidlertid også kunne sikres ved et tett samarbeid mellom kompetansesenteret og universitet/høyskole, og nødvendiggjør ikke samlokalisering.

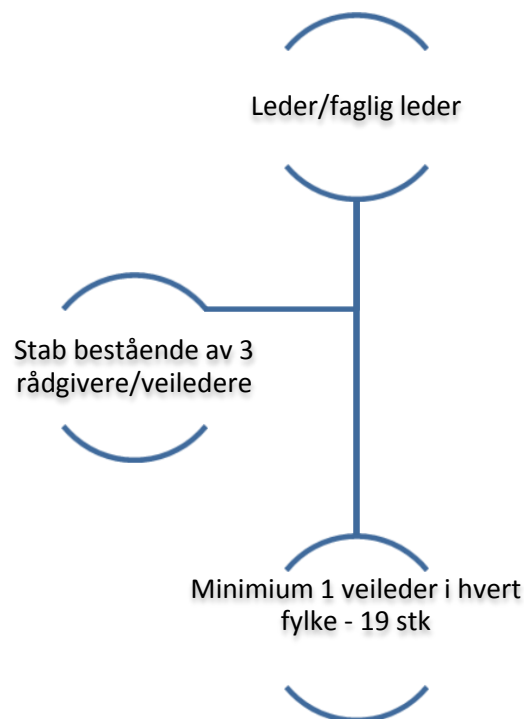
Det er flere argumenter for at det er mest formålstjenlig å etablere kompetansesenteret som en selvstendig enhet. Hovedargumentet er at senteret skal være et lavterskeltilbud. Dette momentet står i fare for å reduseres dersom senteret etableres i tilknytning til andre instanser som kan skape avstand. Videre er det ingen eksisterende instans som fungerer slik kompetansesenteret er ment å fungere, eller som innehar den kompetanse senteret skal besitte. Ved å etablere senteret som en selvstendig enhet vil en kunne bygge opp senteret slik det best vil tjene målgruppen, men den nødvendige kompetanse som avspeiler de utfordringer det skal avhjelpe. Kompetansesenteret i Nederland fungerer som en selvstendig enhet, underlagt departementet. Tilbakemeldingene er at dette fungerer svært godt.

Selv om senteret etableres som en selvstendig enhet vil det være essensielt med tett samarbeid med relevante eksisterende instanser. Dette gjelder for eksempel sentral myndighet (Bufdir), regional myndighet (Bufetat) og adopsjonsforeningene. Videre vurderes det som aktuelt med jevnlig kontakt med fagmiljø innenfor universitets- og høyskolesektor.

Som nevnt tidligere bør senteret bestå av cirka fire fast ansatte. Bakgrunnen for dette er behovet for variert kompetanse, og det store omfanget av oppgaver senteret skal utføre. Antall veiledere bør være minimum en pr fylke, det vil si minimum 19 personer. På sikt vil en kunne se hvorvidt dette antallet er tilstrekkelig og eventuelt utvide ordningen. Veiledere ansettes i deltidsstillinger med oppdragsavtaler. Det vurderes som nødvendig med et opplæringsopplegg på 3-4 dager før veilederne starter opp. Videre vurderes det som nødvendig med jevnlig oppfølging og veiledning til veilederne, både på selve kompetansesenteret og ved videokonferanser. Totalt anslås det tilstrekkelig med cirka fire samlinger for alle veilederne på senteret per år, og cirka fire ganger med videokonferanse-veiledning. Veilederne bør utover dette kunne ta kontakt med kompetansesenteret ved behov for ekstra bistand.

Kompetansesenteret bør arrangere fagdager og kursvirksomhet for fagfolk både i tilknytning til kompetansesenteret, men også i andre store norske byer. Dette for at flest mulig fagfolk spredt rundt i landet skal få mulighet for deltakelse. Våre respondenter gav klart uttrykk for ønske om veiledningsopplegg etter hjemkomst og temakvelder/seminarer. Et kompetansesenter vil også kunne ivareta disse oppgavene overfor adoptivfamilier ved og jevnlig tilby kurs ulike steder i landet.

Et enkelt organisasjonskart for Nasjonalt kompetansesenter for adopsjon kan se slik ut:



| Kompetansesenterets oppgaver: | Veilederes oppgaver: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Utdanne og utvelge veiledere.• Oppfølge og veilede veiledere.• Yte råd og veiledning til adoptivforeldre, unge/voksne adopterte eller fagpersoner via telefon og e-post. Henviser til veiledere på fylkesnivå ved behov.• Arrangere kurs og temadager om adopsjonsrelaterte tema.• Integrere adopsjon som tema i grunnutdanningen til relevante yrkesgrupper innen hjelpeapparatet.• Utarbeide litteraturbank for adopsjonskunnskap.• Utvikle egen hjemmeside med oppdatert informasjon om adopsjon og PAS. | <ul style="list-style-type: none">• Innkalle alle adoptivfamilier i sitt fylke til veiledningssamtale innen første måned etter hjemkomst.• Følge opp familier som trenger veiledning over tid.• Etablere nettverksgrupper av adoptivforeldre, samt fungere som leder av gruppen i en startfase.• Yte veiledning til hjelpeapparatet i forbindelse med enkeltsaker. |

5.4 Finansiering

Hvordan skal PAS-tiltakene finansieres? I henhold til Haagkonvensjons artikkel 9c er det som tidligere nevnt sentralmyndigheten/staten sitt ansvar å besørge PAS-tiltak for adoptivfamilier. Prosjektgruppa anser det på bakgrunn av dette som riktig at bevilgning blir gitt fra sentralt hold og at tiltakene implementeres i statsbudsjettet.

I Nederland er kostnadene i hovedsak dekket av staten. I tillegg dekker familiene selv noe for de tjenester de mottar. Likedan er PAS-prosjektet som startet opp i Danmark i 2012 i all hovedsak dekket av staten, og familiene betaler kun en mindre egenandel.

Et argument for at tjenesten skal være helt gratis for familiene er at de tiltak foreldre med egenfødte barn mottar i all hovedsak er gratis. Videre vil en kanskje ha større mulighet for å nå alle potensielle adoptivfamilier dersom tjenestene er helt gratis. Erfaringene fra Danmark tilsier imidlertid at dette ikke stemmer. I første prosjektperiode med PAS var tiltaket gratis, nettopp begrunnet i at en ønsket å nå ut til alle potensielle familier. Evaluering viste imidlertid at de kun nådde 35 prosent av målgruppen. Dette tyder på at hvorvidt tilbudet er gratis eller ikke, ikke er det essensielle for å nå hele målgruppen. Med bakgrunn i respondentenes svar på spørreundersøkelsen tyder det på at det er momenter som at tilbudet er et lavterskeltilbud med kompetente fagfolk som er det avgjørende for om de vil benytte seg av tilbudet eller ikke.

Adoptivforeldre er generelt sett en ressurssterk gruppe, og det er lite sannsynlig at adoptivforeldre vil velge å avstå fra nødvendig veiledning dersom det innebærer en egenandel. Vår spørreundersøkelse viste at svært mange adoptivfamilier har hatt kontakt med privatpraktiserende psykolog, noe som ikke dekkes av det offentlige. Det er således naturlig å tenke at familiene er villige til å betale en egenandel for et kompetent og tilrettelagt PAS-tilbud.

Vedrørende kurs og temadager vil det også være naturlig å ta betaling fra deltakerne, enten det er fra adoptivforeldre eller fra fagfolk.

Ved tidlig intervensjon kan en redusere og eliminere adopterte barns senere behov for hjelp og oppfølging. Det at adoptivforeldre og ansatte i hjelpeapparatet kan møte barna på rett måte, se deres behov og tilrettelegge, kan spare disse barna for unødvendige vanskeligheter og psykiske problemer. Dette vil igjen medføre økt livskvalitet for disse barna. PAS-tiltak kan også medføre store økonomiske besparinger for samfunnet generelt ved at barnas behov for assistent og spesialpedagogisk hjelp i skole kan reduseres, samt at behovene for psykiatrisk behandling og medisinförbruk kan reduseres. Dette vil igjen kunne føre til økt produktivitet og dermed samfunnsøkonomiske gevinster:

Tidlig intervensjon har en potensiell samfunnsøkonomisk gevinst ved å forhindre mer kroniske lidelser og de langvarige og krevende behandlingene dette kan medføre for den enkelte og samfunnet. (Helsedirektoratet, 2008)

I vedlegg 4 ligger et forslag til budsjett for etablering av et nasjonalt kompetansesenter for adopsjon med veiledere.

5.5 Tidsplan

”Dette var et kjempebra og etterlengtet tiltak. Det er så mange av oss som sliter og som har kjempet oss gjennom systemet i årevis for å få hjelp til barna/ungdommene. Det som gjør saken ekstra ille er at dette har foreldre drevet med i mange år før oss. Jeg har møtt flere som har vært igjennom akkurat det samme som oss bare noen år tidligere. Instansene lokalt lærer ikke av erfaring ser det ut som. Alle barna er forskjellige og har sin historie, men det er også mange fellestrekk. En ting som i alle fall er felles er at foreldre må kjempe en hard kamp for å få rett hjelp. Det skulle ikke være nødvendig.” (Sitat fra spørreundersøkelsen.)

Resultatene fra prosjektperioden har dokumentert at behovene for PAS-tiltak er her *nå* og har vært her *lenge*. Det er sånn sett ikke noe å vente på før en starter opp. Samtidig er det viktig å prioritere tilstrekkelig med tid til både utvikling og implementering av tiltakene. Tiltakene forutsetter høy kompetanse og kvalitet, og det vil ta tid å få dette på plass.

Før arbeidet begynner må de økonomiske aspektene avklares, og driftsmidler innhentes fra offentlige instanser. PAS-tiltakene anbefales på det sterkeste etablert som permanente tiltak, og det bør derfor sikres øremerkede midler til tiltakene i tiden fremover.

En sentral forutsetning for et godt PAS-tilbud er en tydelig organisering. Vi har i denne prosjektrapporten i hovedtrekk beskrevet den organisatoriske strukturen på PAS-tiltakene. En annen forutsetning er en dyktig ledelse for tiltakene, som av hensyn til kompetansesenterets oppgaver bør ha psykologfaglig bakgrunn, samt ledererfaring. I tillegg skal det ansettes minst tre andre kompetente fagfolk som skal være fast ansatt ved senteret. Disse vil ha hovedansvar for utarbeiding av et skoleringsopplegg for veilederne. Deretter må veilederne engasjeres og opplæres.

Grovt regnet vil det kunne ta opp mot et år å få etablert kompetansesenteret med veiledere på fylkesnivå, før PAS-tiltakene kan starte opp.

6.0 Konklusjon

Overordnet mål for prosjektet har vært å utrede behovet for et kompetansesenter for adopsjon. Dette behovet er tydelig synliggjort i prosjektrapporten, blant annet gjennom våre informanternes tilbakemeldinger og erfaringer fra lokale PAS-tiltak i Norge. Ifølge mandatet skulle også ulike momenter knyttet til et kompetansesenter belyses:

Behov – hvem skal eventuelt betjenes av kompetansesenteret

Vi har sett at alle adopterte, og deres foreldre, er i målgruppen for PAS-tiltak. Alle adoptivfamilier er ulike, og behovene varierer. For noen er det behov for bistand den første tiden etter hjemkomst, mens for andre dukker behovene først opp i pubertetsalder eller voksenliv. Noen har behov for hjelp i en kort periode, mens andre trenger hjelp i et lengre tidsrom. Som konklusjon må derfor PAS-tiltak kunne betjene hele gruppen adopterte og adoptivforeldre.

Vi har også sett at store deler av hjelpeapparatet som har kontakt med adopterte og deres familier, mangler adopsjonskunnskap. Et kompetansesenter bør derfor også ha som oppgave å sikre generell kompetanseutvikling blant fagfolk på kommunenivå, samt yte veiledning ved behov i konkrete saker.

Forslag til organisering

Ut ifra de behov som eksisterer, sett opp mot Norges geografiske struktur, vurderes det som viktig at kompetansen ikke bare sentraliseres i de største byene. Vi har derfor foreslått en ordning med veiledere på fylkesnivå. Det er videre behov for å samle adopsjonskunnskapen og videreutvikle den. På bakgrunn av dette er det foreslått et nasjonalt kompetansesenter i tillegg til veilederne.

Ressurser

PAS-tiltakene vi har skissert, vil kreve ressurser på ulike plan, blant annet personalmessige og materielle ressurser. Vi har i prosjektrapporten argumentert for at det er mest formålstjenlig å etablere kompetansesenteret som en frittstående enhet.

Finansiering

Haagkonvensjonen er tydelig på at det er sentralmyndighetens ansvar å besørge PAS-tiltak. Prosjektgruppen ber derfor om at de respektive departementene, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, prioriterer ressurser slik at rapportens anbefalinger kan implementeres i statsbudsjettet for 2014, og at midler øremerkes til tiltakene. Videre vurderes det som riktig å kreve egenandel av brukerne for de ulike tjenestene de mottar.

Kvalitet koster, men det koster mer for enkeltmennesket og samfunnet generelt dersom en velger å satse på utilstrekkelige tiltak.

Tidsplan

Det krever mye planlegging og forberedelser for å opprette de PAS-tiltak som er skissert. Vi har anslått et tidsperspektiv på opp mot et år før en har alle tiltak på plass og kan starte opp.

Oppsummert er anbefalingene fra prosjektgruppen følgende:

- **Det opprettes et nasjonalt kompetansesenter for adopsjon i løpet av 2014. Senteret består av et fysisk etablert senter med faste ansatte. I tillegg engasjeres det deltidsansatte veiledere på fylkesnivå.**
- **Kompetansesenteret for adopsjon etableres som en frittstående enhet.**
- **Finansiering skjer via statsstøtte og en mindre egenandel fra brukerne. Kompetansesenteret skal være implementert i statsbudsjettet 2014.**



7.0 Litteratur og kilder

Adopsjonsforum (2010). Medlemsbladet "Adopsjonsforum", nr. 2, 2010.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2009). "Adopsjon- til barnets beste". NOU 2009:21.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012). "Høringsnotat – forslag til endring i lov 28. februar 1986 nr. 8 (adopsjonsloven)."

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (1993). "Lov om barneverntjenester".

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2004). "Retningslinjer for fosterhjem Q-1072B."

Broberg, C. (2011). "Adopterte barn med tidlig omsorgssvigt". Forfatteren og Dansk Psykologisk Forlag A/S.

Bufetat (2006). "Adopsjonsfamilien"

Clifford, G. (2009). "Gruppeveiledning for adoptivforeldre". Bufetat, Region Midt-Norge.

Hague Conference on private international law (1993). "Convention on protection of children and co-operation in respect of intercountry adoption."

Hague conference on private international law (2008): "Guide to good practice. The implementation and operation of the 1993 Hague intercountry adoption convention. Guide No. 1."

Hellevik, O. (1991). "Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap". Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2008). "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering".

Helsedirektoratet (2012). "Rundskrivutkast om helseundersøkelser av adopterte fra land utenfor Vest-Europa."

Helse- og omsorgsdepartementet (2011 a). "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). "Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator."

Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2015). Stortingsmelding nummer 16. "Nasjonal helse- og omsorgsplan"

Jacobsen, D. I. (2005). "Hvordan gjennomføre undersøkelser?". Høyskoleforlaget.

Juffer, F.; van IJzendoorn, M. H. (2005): "Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A Meta-analysis". JAMA. Vol. 293, nr. 20: 2501-2515.

Juffer, F.; Jesús Palacios, Lucy Le Mare, Edmund J. S. Sonuga-Barke, Wendy Tieman, Marian J. Bakermans-Kranenburg, Panayiota Vorria, Marinus H. van IJzendoorn, Frank C. Verhulst (2011). "II. Development of adopted children with histories of early adversity". The Society for Research in Child Development, Inc.

KREVI – Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitutt (2011). "Ekskluderende spesialundervisning. Hvem får det, og hvilke forskjeller er der mellom kommunene?" Martin Bækgaard og Søren Teglgård Jakobsen.

NSFs landsgruppe av helsesøstre (2006 a). "Adoptivfamilien. Veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten". Astrid Grydeland Ersvik, Brynhild Hesthamar og Hilde Rakstang.

NSFs landsgruppe av helsesøstre (2006 b). "Foreldrehefte". Astrid Grydeland Ersvik, Brynhild Hesthamar og Hilde Rakstang.

NSFs landsgruppe av helsesøstre (2012): "Høring – Rundskriv IS-6/2012 Helseundersøkelser av adopterte fra land utenfor Vest-Europa".

Keyes, M. A.; Anu Sharma; Irene J. Elkins; William G. Iacono; Matt McGue (2008). "The Mental Health of US Adolescents Adopted in Infancy". Arch Pediatr Adolesc Med.

Rambøll (2010). "Evaluering af forsøgsprojekt med tidlig rådgivning efter adoptionen (post adoption service)". Familiestyrelsen.

Rutter, M. (2005). "Adverse Preadoption Experiences and Psychological Outcomes". D. Brodzinsky og J. Palacios (red.). Psychological Issues in Adoption. (Kap. 4: 67–92).

Sosial og helsedirektoratet (2007). Veileder IS-1405: "Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene."

Statens institusjonsstyrelse (1999). "Förslag till en behandlingsmodell Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem". Jan-Åke Eriksson og Inger Sundqvist. ISSN 1403-1558, rapport nr 4/1999.

Unicef (2009). "Unicef guidance note on intercountry adoption (ICA) in the CEE/CIS region."

Utenriksdepartementet (1995-96). "Stortingsproposisjon nummer 77. Om samtykke til ratifikasjon av konvensjon av 29. mai 1993 om vern av barn om samarbeid ved internasjonale adopsjoner."

Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., og Klein Poelhuis, C. W (2005). "Adoption and Cognitive Development: A Meta-Analytic Comparison of Adopted and Nonadopted Children's IQ and School Performances". Psychological Bulletin. Vol. 131: 301–316.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Mandat

Vedlegg 2: Spørreskjema fra Adopsjonsforum

Vedlegg 3: Spørreskjema fra InorAdopt

Vedlegg 4: Resultater fra spørreundersøkelsen fra Adopsjonsforum

Vedlegg 5: Resultater fra spørreundersøkelsen fra InorAdopt

Vedlegg 6: Budsjettforslag for Nasjonalt kompetansesenter for adopsjon i Norge

Prosjektrapporten er trykket ved DMT.

Ved ønske om flere rapporter, kontakt Adopsjonsforum eller InorAdopt.