

RAPPORT

2021

Bedre føre var OG etter snar

Utvelgelse og oppfølging av adoptivfamilier:
Erfaringer og anbefalinger

Utgiver:

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for barns helse og utvikling
August 2021

Tittel:

«Bedre føre var OG etter snar. Utvelgelse og oppfølging av adoptivfamilier: Erfaringer og anbefalinger»

Forfattere:

Leila Torgersen
Christiane Lingås Haukedal
Karethe Hustad Torgersen
Heidi Aase

Oppdragsgiver:

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som PDF
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8406-203-7

Emneord (MeSH): Adoption; Parents; Child, adopted.

Sitering: Torgersen L, Haukedal CL, Torgersen KH, Aase H " Bedre føre var OG etter snar. Utvelgelse og oppfølging av adoptivfamilier: Erfaringer og anbefalinger [Screening and follow-up of adoptive families: Experiences and recommendations.] Rapport 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Sammendrag	5
Executive summary (English)	9
Forord	13
1 Innledning	14
1.1 Bakgrunn	14
1.2 Nasjonale og internasjonale føringer for vurdering av adoptivsøkere	15
1.3 Adoptivfamilienes rettigheter når det gjelder hjelp og oppfølging etter adopsjon	16
1.4 Problemstillinger og oppbygging av rapporten	19
2 Vurdering av adoptivsøkere	22
2.1 Er det forskningsmessig belegg for dagens vurderingsindikatorer?	22
2.1.1 Gjennomgang av vurderingsindikatorene	24
2.1.2 Oppsummering og diskusjon	35
2.2 Vurdering av adoptivsøkere: Praksis i de nordiske landene	39
2.2.1 Norge	42
2.2.2 Sverige	45
2.2.3 Danmark	48
2.2.4 Finland	50
2.2.5 Island	52
2.2.6 Oppsummering	54
2.3 Andre lands bruk av systematiske kartleggingsinstrumenter ved vurdering av adoptivsøkere	56
2.3.1 Metode	56
2.3.2 Resultater	57
2.4 Oppsummering og diskusjon om bruk av ulike vurderingsmetoder på adoptivsøkere	61
2.5 Anbefalinger om utredning av adoptivsøkere i Norge	65
2.5.1 Anbefaling om vurderingsindikatorer	65
2.5.2 Anbefalinger om vurderingsmetoder	76
3 Adoptivforeldres erfaringer: Resultater fra en spørreundersøkelse blant adoptivfamilier i Norge	78
3.1 Utvalg og metode	78
3.1.1 Datainnsamling	78
3.1.2 Spørreskjema og måleinstrumenter	80
3.1.3 Analyseplan	82
3.1.4 Beskrivelse av utvalget	83
3.2 Hvordan opplevde foreldrene adopsjonsprosessen og den første tiden med barnet?	84
3.2.1 Oppsummering og diskusjon	86
3.3 Hvor stor andel av familiene oppgir å ha barn med ulike typer vansker?	87
3.3.1 Oppsummering og diskusjon	88
3.4 Hva kjennetegner familiene med barn med mest vansker?	89
3.5 Opplever foreldrene at familien har fått den hjelpen de har hatt behov for?	91

3.5.1	Bruk av ulike helsetjenester	91
3.5.2	Foreldrenes opplevelse av i hvilken grad de har fått den hjelpen de har hatt behov for til deres adoptivbarn	92
3.5.3	Oppsummering og diskusjon	95
3.6	Hva kjennetegner familiene der foreldrene oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig hjelp?	97
3.7	Hva er ifølge foreldrene de mest utbredte hjelpebehovene i familiene?	99
3.7.1	Hjelpe- og støttebehov gjennom barnets oppvekst	99
3.7.2	Fremtidige behov for hjelp fra helsepersonell med adopsjonsfaglig kompetanse	103
3.7.3	Informasjon fra fritekst – foreldrenes egne ord	106
3.7.4	Oppsummering og diskusjon	109
3.8	Anbefaling av tiltak for å bedre oppfølgingen av adoptivfamilier	116
4	Konklusjon: Bedre føre var OG etter snar	118
	Referanser	120

Sammendrag

Bakgrunn

I 2018 fikk Norge en ny adopsjonslov som blant annet innebar en ny ramme for forhåndsgodkjenning av søkere for utenlandsadopsjon. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) skulle i denne forbindelse utarbeide et rundskriv om krav til søkerne knyttet til deres egnethet. Under behandling av loven traff Stortinget også et anmodningsvedtak om å kartlegge adoptivforeldres og -barns behov for bistand/oppfølging etter adopsjon. I forbindelse med forarbeidene til adopsjonsloven, initierte Bufdir oppdraget som ligger til grunn for arbeidet med denne rapporten.

I oppdraget påpeker Bufdir at det er stort behov for mer kunnskap på adopsjonsfeltet, både når det gjelder kunnskapsgrunnlaget for indikatorene som ligger til grunn for godkjenningen av adoptivforeldre og til valg av metoder og kartleggingsverktøy som benyttes ved utredning av søkere til adopsjon av barn fra utlandet (forhåndssamtykket). Det er også svært begrenset kunnskap om adoptivforeldres behov etter adopsjon. Dette er bakgrunnen for at Bufdir ga Folkehelseinstituttet oppdraget med å bidra til at indikatorene for vurdering av adoptivforeldre er godt forankret i oppdatert forskning, at man har gode metoder for å gjennomføre denne vurderingen, og bidra til at myndighetene har et godt kunnskapsgrunnlag for å planlegge fremtidig oppfølging av adoptivfamiliene.

Metode

Prosjektet skulle resultere i begrunnende og kvalitetssikrede vurderinger og råd basert på:

- En gjennomgang og systematisering av forskningslitteratur om betydningen av familieressurser og foreldreferdigheter for adoptivbarns helse og utvikling. Resultatene av dette arbeidet er publisert i rapporten «Hva kjennetegner gode (adoptiv)foreldre? En litteraturgjennomgang»¹.
- Kartlegging og gjennomgang av vurderingsindikatorer og metoder for vurdering av adoptivforeldre nasjonalt og internasjonalt.
- Spørreundersøkelse blant familier som har gjennomgått adopsjon fra og med 2003 og frem til oktober 2020.

Resultater

Prosjektet har besvart følgende problemstillinger:

1: Er dagens vurderingsindikatorer forankret i oppdatert forskning om hvilke egenskaper ved foreldrene som er viktig for barnas utvikling?

Vi har sett at det er støtte i forskningslitteraturen for vurderingsindikatorerne som anvendes for vurdering av adoptivsøkere i Norge i dag. Vi har i tillegg funnet studier som tyder på at man med fordel kan ha økt søkelys på grunnleggende personlighetstrekk som ligger til grunn for søkerens oppfatninger, motivasjoner og handlinger, og i større grad

¹ <https://www.fhi.no/publ/2021/hva-kjennetegner-gode-adoptivforeldre/>

vurdere resiliens og stressmestring sett i lys av de store omsorgsoppgavene som følger flere av barna.

2: Har vi gode nok metoder for å vurdere adoptiv søkere i Norge?

Praksis i Norge samsvarer med praksis i andre land: Ustrukturerte intervjuer med liten eller ingen bruk av systematiske standardiserte kartleggingsmetoder. Metoden som benyttes sikrer at man får et godt helhetlig bilde av familien og klarer å bygge opp tilliten som er nødvendig for å skape en god og tillitsfull dialog mellom utreder og søker. Metoden er imidlertid sårbar for utilstrekkelig klinisk og psykologifaglig kompetanse hos utreder, og utreders egne tilpasninger av spørsmål eller vektlegging av ulike tema.

3: Hvordan opplever søkerne vurderingsprosessen?

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at foreldrene generelt har positive erfaringer fra prosessen der de ble intervjuet og vurdert med tanke på deres egnethet som foreldre.

4: Hvordan opplever foreldrene den første tiden med barnet?

Funn fra undersøkelsen viser at halvparten av foreldrene opplevde den første tiden som uproblematisk. Samtidig er det en ikke ubetydelig andel som opplevde denne tiden som utfordrende, både når det gjaldt å knytte bånd til barnet og å skulle tilpasse rutiner og parforholdet til den nye hverdagen.

5: Hvor stor andel av familiene oppgir å ha barn med ulike vansker? Hva slags vansker er mest utbredt?

Tre av fire foreldre oppga at de har barn som i løpet av sin oppvekst har hatt én eller flere av vanskene vi spurte om. Halvparten av foreldrene oppgir at barna per i dag ikke har noen vansker. Samtidig oppgir én av tre foreldre at barnet deres per i dag har tydelige eller alvorlige vansker. De mest utbredte vanskene hos adoptivbarna er atferdsproblemer, psykiske vansker, lese- og skrivevansker, sosiale vansker, og tilknytningsforstyrrelser.

6: Hva kjennetegner familiene med barn med mest vansker?

Familiene som har barn med de mest omfattende vanskene, rapporterer om en dårligere familieøkonomi og en større grad av opplevd foreldrestress sammenlignet med familier med barn med mindre omfattende vansker.

7: Opplever foreldrene at familien får den hjelpen de har hatt behov for fra hjelpeapparatet?

Svar fra foreldrene indikerer, i likhet med andre tilsvarende undersøkelser, at hjelpeapparatet ikke er dimensjonert for å kunne sikre barna med vansker den hjelpen de mener de har behov for. Selv om en stor andel av familiene har mottatt ulike former for helsehjelp, er det mange som opplever at de ikke har fått nok hjelp. Dette gjelder særlig foreldre til barn med rusproblemer, utviklingshemninger og alvorlige psykiske lidelser. Over halvparten av foreldrene til barn med alvorlige behandlingstrengende diagnoser opplever at de har fått langt mindre hjelp enn det de har hatt behov for.

8: Hva kjennetegner familiene der foreldrene oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig hjelp?

Familiene kjennetegnes blant annet ved at hovedomsorgsgiver har lavere utdanning, mindre sosial støtte og et større ønske om adopsjonsfaglig hjelp, sammenlignet med hovedomsorgsgivere som oppgir at de får tilstrekkelig hjelp.

9: Hva er ifølge foreldrene de mest utbredte hjelpebehovene i familiene?

Hjelpebehovet er stort i adoptivfamiliene. Flest ser behovet for adopsjonsfaglige nettsider og foreldreveiledning, noe som kan betegnes som forebyggende tiltak. Deretter følger behov for hjelp fra psykologfaglig helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn: både direkte til barnet og for å få råd og hjelp den første tiden etter at de mottok barnet. Videre er det mange som har hatt behov for hjelp til selvhjelp: Hjelp til å komme i kontakt med andre adoptivforeldre og til å ivareta egen helse. Det var færre som ønsket seg direkte veiledning over internett. I de åpne tekstsvarene oppgir foreldrene at skolen og hjelpeapparatet mangler kompetansen som er nødvendig for å hjelpe deres barn. Resultatene viser at jo mer vansker barnet har, jo større er behovet for hjelp fra noen med spesialkompetanse om adoptivbarn. Det er en utbredt oppfatning, særlig blant foreldre til adoptivbarn med store vansker, at adoptivbarn har noen unike utfordringer som fordrer spesialkunnskap hos hjelperne, både i helsevesenet og i skoleverket.

Anbefalinger

Anbefalinger om vurderingsindikatorer:

Folkehelseinstituttet anbefaler at følgende indikatorer kartlegges ved vurdering av adoptivsøkere. En nærmere beskrivelse av hva som ligger i de ulike indikatorene og hvordan man kan gå frem for å vurdere søkerne på de ulike indikatorene blir presentert i rapporten.

1: Egenskaper ved søker: Empati, selvbilde, kontroll, tilknytningsevne, evne til bearbeidelse av livshendelser, resiliens og motstandsdyktighet mot stress, psykisk helse og livskvalitet, alder, psykisk lidelse, avhengighetsproblemer, alvorlig sykdom eller kronisk sykdom, antisosial personlighet.

2: Egenskaper ved familien og familiens ressurser: Familiemiljø, tilpasningsevne/fleksibilitet, konflikt/konflikthåndtering, parforhold, partnervold/familievold, foreldrestress, foreldreegenskaper/oppdragelsesstil, økonomi, utdanning, boligstandard og sosiale nettverk.

3: Adopsjonsspesifikke vurderingsindikatorer: Motivasjon til å adoptere, foreldres (realistiske) forventninger, betydningen av åpenhet og kommunikasjon rundt adopsjon, ved adopsjon av barn med annen etnisk bakgrunn enn søker: Villighet til kulturformidling og holdninger/stereotyper mot andre etniske grupper.

Anbefalinger om metoder for å vurdere adoptivsøkere:

Folkehelseinstituttet anbefaler at følgende metoder brukes ved vurdering av adoptivforeldre:

4: Utredningen bør i hovedsak basere seg på et personlig intervju, med supplerende standardiserte kartleggingsverktøy for å vurdere psykisk helse og tilknytningsevne.

5: Ansvarlig myndighet kan med fordel ta i bruk et helhetlig standardisert verktøy for å utrede foreldrenes primæregenskaper. Det kanadiske vurderingsverktøyet Structured Analysis Family Evaluation (SAFE) er et godt eksempel på et slikt helhetlig standardisert verktøy. SAFE er utviklet for å utrede adoptivsøkere og fosterforeldre, og inkluderer både

intervju, innhenting av nødvendig informasjon fra ulike registre, og utfylling av standardiserte spørreskjema.

6: Ansvarlig myndighet bør systematisk inkludere intervju med en tredjepart som en del av utredningen, det vil si en person som kjenner søkerne godt.

Anbefalinger om tiltak for oppfølging av familiene etter adopsjon:

Folkehelseinstituttet anbefaler følgende tiltak for å støtte og veilede familiene etter adopsjon:

7: Legge opp innholdet i de **adopsjonsforberedende kursene** slik at de sikrer at foreldrene får kunnskap om foreldreveiledning tilpasset adoptivbarns spesielle behov og reaksjonsmønstre, forbereder foreldre på at barna kan utvikle psykiske vansker spesielt i ungdomstiden, og hva de selv kan gjøre i en slik situasjon.

8: Opprette en nettside med relevant informasjon om adopsjonsspesifikke forhold, inkludert oversikt over hvilke rettigheter adoptivfamiliene har, samt oversikt over ulike tilbud om helsehjelp.

9: Etablere et adopsjonsfaglig kompetansemiljø med ansatte tilknyttet et allerede eksisterende forsknings- og undervisningsmiljø.

10: Kompetansemiljøet får ansvar for å organisere en tjeneste som sikrer at alle nyere adoptivfamilier får tilbud om å møte en psykologfaglig person (med kunnskap om adopsjon) i løpet av den første tiden etter adopsjon.

11: Kompetansemiljøet får ansvar for å drifte en telefontjeneste bemannet av fagpersoner med psykologfaglig utdanning og erfaring med adoptivfamilier og adopsjonsrelaterte spørsmål og utfordringer.

12: Helsestasjonen innkaller til kontroller og veiledning den første tiden etter adopsjon, på lik linje med oppfølgingen som biologiske familier får etter fødsel.

13: En psykologspesialist i hver av de fire helseregionene får et hovedansvar for å ta imot henviste adoptivbarn.

Executive summary (English)

Background

In 2018, a new Adoption Act was passed in Norway which, among other things, entailed a new framework for prior approval of applicants for foreign adoption. In this connection, the Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir) was tasked with preparing a circular concerning the requirements for the applicants regarding their suitability. During the processing of the Act, The Norwegian Parliament also made a request to identify the needs of adoptive parents and children for assistance and follow-up after adoption. In connection with the preparatory work on the Adoption Act, Bufdir initiated the assignment that forms the basis for the work on this report.

In the assignment, Bufdir emphasised the significant need for more knowledge about the field of adoption, in terms of both the knowledge base for the criteria that form the basis for the approval of adoptive parents and for the choice of methods and mapping tools that are used when studying applicants who wish to adopt children from abroad (prior approval). There is also very limited knowledge about the needs of health care in adoptive families after adoption. This is why Bufdir commissioned the Norwegian Institute of Public Health to help ensure that the criteria for assessing adoptive parents are firmly rooted in updated research, that good methods are in place for conducting this assessment, as well as contributing to ensuring that the authorities have a good knowledge base for planning the future follow-up of adoptive families.

Method

The aim of the project was to arrive at reasoned and quality-assured assessments and guidance based on the following:

- A review and systematisation of research literature on the importance of family resources and parenting skills for adoptive children's health and development. The results of this work have been published in the report "What characterises good (adoptive) parents? A literature review"².
- Mapping and review of assessment criteria and methods for assessing adoptive parents nationally and internationally.
- Survey of families who have undergone adoption from 2003 until October 2020.

Results

The project has responded to the following issues:

1: Are the current assessment criteria based on updated research about which parental characteristics are important for the children's development?

We have noted that there is support in the research literature for the assessment criteria currently being used for assessing adoptive applicants in Norway. We have also found studies suggesting that it is beneficial to apply increased focus on the fundamental

² <https://www.fhi.no/publ/2021/hva-kjennetegner-gode-adoptivforeldre/>

personality traits that form the basis of the applicants' perceptions, motivations and actions and, to a greater extent, assess resilience and stress management in light of the major care tasks associated with many of the children.

2: Do we have sufficient methods for assessing adoptive applicants in Norway?

The practice in Norway is similar to the practice in other countries: Unstructured interviews with little or no utilisation of systematic and standardised mapping methods. The method that is used ensures a good overall picture of the family and succeeds in building up the necessary level of trust to create a good and trusting dialogue between the investigator and the applicants. However, the method is susceptible to insufficient clinical and psychological expertise in the investigator and the investigator's own adaptation of questions or emphasis on different topics.

3: What do applicants feel about the assessment process?

The survey results show that parents generally have a positive experience of the process during which they were interviewed, in terms of their suitability as parents.

4: What do parents feel about their first time with the child?

Findings from the survey indicate that around half of the parents regarded the first time with the child as being unproblematic. However, a not insignificant proportion of parents felt that the first time was challenging, in terms of both bonding with the child and also adapting procedures and the relationship between the adoptive parents to the new life.

5: How high a percentage of the families reported having children with various difficulties? What kind of difficulties are most prevalent?

Although three out of four parents stated that they have children who, during the course of their own childhood, had one or more of the difficulties that we asked about, half of the parents stated that their children currently have no difficulties. However, one in three parents stated that their child currently has tangible or serious difficulties. The most widespread difficulties in adoptive children are behavioural problems, mental health problems, reading and writing difficulties, social difficulties, as well as attachment disorders. Around two out of five families reported having children who had at least one of these difficulties.

6: What characterises the families that have children with the most difficulties?

The families that have children with the most extensive difficulties reported poorer family finances and a greater degree of perceived parental stress compared to families that have children with less extensive difficulties.

7: Do parents feel that their family receives the help they need from the support system?

Like other similar surveys, the responses from parents indicate that the support system is not designed in such a way as to ensure that children with difficulties receive the help they believe they need. Even though a high proportion of the families have received various kinds of health care, there were many that feel they have not received enough help. This particularly applies to the parents of children with substance abuse problems, developmental disabilities and severe mental disorders. More than half of the parents of children with serious diagnoses in need of treatment feel that they had received much less help than they needed.

8: What characterises the kind of families in which the parents state that they have not received sufficient help?

Such families are characterised, for example, by the primary caregiver having a lower level of education, less social support and a greater desire for adoption assistance, compared to primary caregivers who state that they have received adequate help.

9: According to the parents, what are the most widespread help requirements in the families?

The need for help is great in adoptive families. Most parents see the need for adoptive websites and parental guidance, which could be described as preventive services. This is followed by the need for help from mental health personnel with competence on adoptive children: Both directly to the child and in terms of receiving parental guidance and help the first period after they adopted the child. Moreover, many parents have needed help with self-help: Help to get in touch with other adoptive parents and to take care of their own mental health. Fewer parents wanted direct guidance online. In the open text responses, the parents stated that the school and the support system lacked the necessary skills to help their children. The results show that the more difficulties a child has, the greater the need for help from someone with special expertise in adoptive children. There is a widespread perception, particularly among the parents of adopted children with major difficulties, that adoptive children have some unique challenges that require special knowledge from the helpers, in both the health service and in the school system.

Recommendations

Recommendations regarding rating indicators

The Norwegian Institute of Public Health recommends that the following indicators are mapped when assessing adoptive applicants. A more detailed description of the nature of the various indicators and how to proceed in assessing applicants on the various indicators is presented in the report.

1: Applicant characteristics: Empathy, self-image, control, attachment style, ability to process life events, resilience and resilience to stress, mental health and quality of life, age, mental illness, addiction problems, serious illness or chronic illness, antisocial personality.

2: Family characteristics and their resources: Family environment, adaptability/flexibility, conflict/conflict management, parental relationship, partner violence/family violence, parental stress, parental characteristics/style of upbringing, finances, education, housing standards, social networks.

3: Adoption-specific assessment criteria: Motivation to adopt, parents' (realistic) expectations, the importance of openness and communication regarding adoption, when adopting children from ethnic backgrounds other than the applicants': Cultural and ethnic socialization, attitudes towards other ethnic groups.

Recommendations on methods for assessing adoptive applicants:

The Norwegian Institute of Public Health recommends that the following methods be used when assessing adoptive parents:

4: The assessment should primarily be based on a personal interview, with supplementary standardised screening tools for assessing mental health and attachment ability.

5: *The responsible authority should use a comprehensive standardised tool to assess the parents' primary characteristics. The Canadian Structured Analysis Family Evaluation (SAFE) assessment tool is a good example of such a holistic standardised tool. SAFE has been developed to investigate adoptive applicants and foster parents and includes interviews, procuring the necessary information from various registers, as well as completing standardised questionnaires.*

6: *The responsible authority should include interviews with a third party, i.e. a person who knows the applicants well.*

Recommendations on measures for follow-up of families after adoption:

The Norwegian Institute of Public Health recommends the following measures to support and guide families after adoption:

7: *Update the contents of the adoption preparation courses so that the course prepares families to a greater extent for potential mental health issues in the children.*

8: *Establish a website with relevant information about adoption-specific conditions, including an overview of the rights of adoptive families, as well as an overview of the various support services.*

9: *Establish an adoption competence center comprising employees associated with an already existing research and teaching environment.*

10: *The competence center will be responsible for organising a service that ensures that all recent adoptive families are offered the opportunity to meet a mental health specialist (with knowledge of adoption) during the first period after adoption.*

11: *The competence center will be responsible for running a telephone service staffed by mental health professionals with experience with adoptive families and adoptive-related issues and challenges.*

12: *The health centre will invite the parents and the child for checks and guidance in the first period after adoption, similar to the way in which biological families receive follow-up after birth.*

13: *There should be a specialist psychologist in each of the four health regions given primary responsibility for receiving adoptive children who are referred.*

Forord

Folkehelseinstituttet har skrevet rapporten «*Bedre føre var OG etter snar. Erfaringer og anbefalinger*» på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Rapporten er en del av prosjektet «Vurdering av foreldre til utlandsadopsjon» (Adopsjonsprosjektet) og er den andre av to rapporter. Rapporten «Hva kjennetegner gode (adoptiv)foreldre. En litteraturgjennomgang» ble publisert på Folkehelseinstituttets nettsider i april 2021.

Blant barn som frigis for adopsjon i Norge eller andre land utgjør barnevernsbarn en stor gruppe. Mange har vært utsatt for rus i svangerskapet, omsorgssvikt etter fødsel eller har medfødte utviklingsvansker som foreldrene eller lokalsamfunnet ikke kan håndtere, og mange har eller kan forventes å få vesentlige helseutfordringer. Dette stiller store krav til kapasiteten og omsorgsevnen til adoptivforeldre, ikke bare mens barna er mindreårige, men også i et livsløpsperspektiv. Foreldre som ønsker å adoptere må gjennom en omfattende kartlegging som legges til grunn for en vurdering av egnethet. Bufdir ønsker at indikatorene for vurdering av egnethet skal være basert på oppdatert forskning og at man har gode metoder for å vurdere søkerne. Bufdir ønsker også å sikre at adoptivforeldre opplever å få nødvendig helsehjelp til sine barn. Vi har gått gjennom relevant forskning, innhentet erfaringer fra praksisfeltet innenlands og utenlands, og spurt adoptivforeldre hva de selv ønsker seg og trenger.

Vårt mål med denne rapporten er å bidra til at utredning av adoptivsøkere og oppfølging av adoptivfamilier er forankret i oppdatert forskning, erfaringer fra praksisfeltet og adoptivforeldrenes egne ønsker og erfaringer. Det er også vårt ønske at rapporten skal være til nytte for fosterhjemstjenesten, barnevernstjenesten, og andre som er interessert i eller involvert i vurdering av foreldreegenskaper. Adoptivfamilien er i hovedsak lik alle andre familier, selv om omstendighetene rundt «unnfangelsen» er forskjellig. Kunnskapen som er presentert i rapporten kan derfor være relevant for alle instanser som skal vurdere omsorgsevnen til familier; som for eksempel i barnevernet eller ved godkjenning av fosterforeldre.

Vi har som en del av prosjektet gjennomført en spørreundersøkelse blant adoptivforeldre og mottatt svar fra 3193 adoptivforeldre fordelt på 2105 familier. Datamaterialet vil danne grunnlaget for flere analyser fremover som vil øke vår kunnskap om adoptivfamilier i Norge ytterligere.

Jeg vil takke Bufdir som ga oss muligheten til å gjennomføre dette viktige og spennende prosjektet, og takke forfatterne av rapporten for et omfattende og grundig arbeid. Ekstern fagfelle Kristin Gärtner Askeland (Norce) og intern fagfelle Tonje Holt (FHI) fortjener en særlig takk for gode og nyttige innspill i arbeidet med å kvalitetssikre rapporten. Til sist og ikke minst vil jeg takke alle adoptivforeldrene som tok seg tid til å svare på undersøkelsen som danner et viktig grunnlag for våre anbefalinger.

Oslo, mai 2021

Knut-Inge Klepp

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Antall barn som frigis for utenlandsadopsjon har gått tydelig ned de siste tiårene (Miller, Pérouse de Montclos, & Sorge, 2016; Selman, 2012). Mens det i perioden 1995 til 2005 var 500 til 800 årlige utenlandsadopsjoner i Norge, har tallene gått ned til under hundre de siste årene. Forekomsten av innenlandsadopsjoner (inkludert fosterbarnsadopsjoner) har vært mer stabile (mellom 30 og 70 i året). Tidligere så man basert på internasjonale studier at ca. 1/3 av adoptivbarna utviklet ulike former for psykiske eller fysiske helseproblemer (Gärtner & Heggland, 2013). Utbredelsen av alvorlige vansker var større blant innenlandsadopterte enn utenlandsadopterte (Juffer & van Ijzendoorn, 2005). Adoptivbarn fra enkelte land, som for eksempel Korea, gjennomførte skolegangen med bedre karakterer enn ikke-adopterte (Dalen et al., 2008). Nyere forskning tyder på at dette tilstandsbildet er i endring, blant annet ved at barna som blir frigjort for utenlandsadopsjon i dag ofte er eldre og har mer omfattende vansker enn tidligere (Miller et al., 2016; Selman, 2012). Den økte forekomsten av vansker hos adoptivbarna setter ekstra store krav til kapasiteten og omsorgsevnen til adoptivforeldrene, men kan også ha medført økt behov for oppfølging i familiene etter adopsjon.

Oppdraget

Oppdraget fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som ligger til grunn for arbeidet med denne rapporten, ble initiert i forkant av innføring av en ny adopsjonslov i 2018. Loven innebar blant annet en ny ramme for forhåndsgodkjenning av søkere for utenlandsadopsjon og Bufdir skulle i denne forbindelse utarbeide et rundskriv om krav til søkerne knyttet til deres egnethet. Under behandling av loven traff Stortinget også et anmodningsvedtak om å kartlegge adoptivfamilier, foreldre og barns behov for bistand/oppfølging etter adopsjon.

I oppdraget påpeker Bufdir at det er stort behov for mer kunnskap på adopsjonsfeltet, både når det gjelder kunnskapsgrunnlaget knyttet til godkjenningen av adoptivsøkere og til de indikatorer, valg av metoder og kartleggingsverktøy som legges til grunn ved utredning av søkere til adopsjon av barn fra utlandet (forhåndssamtykket). Det er også svært begrenset kunnskap om adoptivforeldres behov etter adopsjon.

Folkehelseinstituttet (FHI) mottok i 2017 oppdrag om å kartlegge og systematisk gjennomgå dagens anvendte indikatorer for vurdering av adoptivsøkere, herunder om det er forskningsmessig belegg for de vurderingsindikatorer som anvendes. I denne sammenheng ønsket Bufdir også en gjennomgang av kartleggingsverktøy som benyttes i Norge og i andre land og en vurdering av kvaliteten av disse. Oppdraget omfattet videre gjennomføring av en spørreundersøkelse blant adoptivforeldre for å svare ut Stortingets anmodningsvedtak. Arbeidet med oppdraget skal resultere i begrunnede og kvalitetssikrede vurderinger og råd basert på nevnte gjennomganger.

Som del av oppdraget har FHI gjennomført en gjennomgang av det forskningsmessige grunnlaget for de indikatorene som benyttes i vurderingen av søkere til utenlandsadopsjon i dag. Litteraturgjennomgangen ble publisert i april 2021.

Denne rapporten behandler hovedpunkter i oppdraget og inkluderer en gjennomgang av kartleggingsverktøy, prosedyrer og metoder som benyttes i Norge og andre land, vurderinger av det forskningsmessige grunnlaget for indikatorer som anvendes i vurdering av adopsjonssøkere, resultater fra en spørreundersøkelse gjennomført blant foreldre som har gjennomført adopsjon. Problemstillinger og oppbygging av rapporten presenteres i del 1.4. Innledningskapittelet inneholder også noen sentrale nasjonale og internasjonale føringer for vurderinger av adoptiv søkere og for oppfølging av adoptivfamilier etter adopsjon.

1.2 Nasjonale og internasjonale føringer for vurdering av adoptiv søkere

Par og enkeltpersoner som ønsker å adoptere må gjennom en omfattende vurdering av deres ressurser, egenskaper og foreldreferdigheter. Etter adopsjonsloven § 1 første ledd er formålet med adopsjon av mindreårige å sikre at adopterte barn får en trygg oppvekst. Adopsjon kan bare innvilges hvis den vil bli til barnets beste, jf. adopsjonsloven § 4. «Adopsjon kan bare innvilges når det er klart sannsynlig at adopsjonen vil bli til barnets beste». Etter bestemmelsen må det være *klart sannsynlig* at adopsjon vil gagne barnet. Adopsjonsmyndighetene kan bare innvilge adopsjon eller forhåndssamtykke til adopsjon hvis det er stor sannsynlighet for at adoptiv søkerne både har evne og mulighet til å kunne ivareta barnets omsorgsbehov i hele barnets oppvekst, jf. adopsjonsloven § 5. Den grunnleggende problemstillingen ved vurdering av søkere som ønsker å adoptere er derfor hvordan søkerne vil fungere som omsorgspersoner.

Når det gjelder adopsjon av barn fra utlandet, har Norge tiltrådt Haagkonvensjonen av 29. mai 1993 om vern av barn og samarbeid ved internasjonale adopsjoner. Det følger av konvensjonens artikkel 5 at Norge som "mottakerland" er forpliktet til å sikre at adoptiv søkere er egnet til å adoptere. Dette kravet ivaretas i norsk lovgivning gjennom kravet i adopsjonsloven § 18 om at søkere bosatt i Norge må ha forhåndssamtykke til å adoptere, kravene i adopsjonsloven §§ 4 og 5 og kravene til søkere som følger av forskrift om adopsjon av 22. juni 2018. I forskriftens § 1 angis de forhold som skal vektlegges i vurderingen av søkerens egnethet til å adoptere et ukjent barn (ved nasjonal spedbarns adopsjon og adopsjon av barn fra utlandet), for eksempel psykisk og fysisk helse, vandel, familiens økonomi og familiesituasjon.

Ved hjelp av intervju og hjemmebesøk blir søkerne vurdert på en rekke indikatorer, forankret og beskrevet i «Q-1246. Veiledningshefte om utarbeidelse av sosialrapport ved søknad om adopsjon», fastsatt juni 2018 av Barne- og likestillingsdepartementet, etter lov av 16. juni 2017 nr. 48 om adopsjon. Den økte forekomsten av vansker hos adoptivbarna gjør at det rutinemessig må vurderes i hvilken grad familiene har ressurser og evner til å kunne stå i en situasjon over mange år med ett eller flere barn med mange utfordringer. For å kunne gjøre en god og forsvarlig vurdering av mulige adoptivforeldre er det viktig å sikre at man har gode metoder for å identifisere de foreldrene man antar er egnet til å kunne ivareta barnets beste. Dette må gjøres med tilstrekkelig respekt og omsorg for den sårbare posisjonen søkerne er i under utredningen. Til sist er det viktig av hensyn til både foreldre og barn å sikre at familiene får den hjelpen de trenger etter at de har mottatt barnet.

1.3 Adoptivfamilienes rettigheter når det gjelder hjelp og oppfølging etter adopsjon

Adoptivbarn og deres familier har som alle andre rett på hjelp og bistand fra alle deler av det offentlige hjelpeapparatet. De har blant annet krav på «nødvendige helse- og omsorgstjenester», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, sml. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2.³ Barn har også rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg i, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1, sml. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Norge har tiltrådt Haagkonvensjonen av 29. mai 1993⁴ om vern av barn og samarbeid ved internasjonale adopsjoner. Artikkel 9 fastsetter at sentralmyndighetene selv, eller andre offentlige myndigheter eller andre godkjente organer skal: «c) fremme utbygging i sine respektive stater av rådgivningstjenester for adopsjon og oppfølgende tjenester etter at adopsjon har funnet sted». Haagkonvensjonen gir ikke en detaljert beskrivelse av selve innholdet i tilbudet som skal gis adoptivfamilier etter adopsjonen. Guide 2008⁵ poengterer imidlertid at adopsjon «is not a single event, but a life-long process», jf. avsnitt 565, noe som viser til at medlemsstatenes forpliktelser etter Haagkonvensjonen varer også etter at familiene har mottatt barnet. Staten plikter å gjøre det som trengs for å følge opp adoptivfamiliene. Ved gjennomføringen av Haagkonvensjonen i norsk rett viste departementet til at adoptivfamiliens eventuelle behov for helsehjelp og tiltak skulle dekkes innenfor det eksisterende, generelle tilbud om bistand på kommunal- og fylkesnivå, supplert av tilbudene fra adopsjonsorganisasjonene (St.prp. nr. 77 (1995–96) s. 11–12)⁶: *«Barne- og familiedepartementet er oppmerksom på at det kan være et behov for en særskilt oppfølging av adoptivforeldre og adoptivbarn etter at adopsjonen er gjennomført, men ser det ikke som noe mål å lovfeste tilbud om oppfølgingssamtaler for adoptivfamilier. [...] Barne- og familiedepartementet har vært av den oppfatning at adoptivfamilier i utgangspunktet ikke skal skilles ut som en gruppe med særlige behov.»*

Europarådskonvensjonen beskriver også tiltak og støtte for adoptivfamilier: *«De offentlige myndigheter skal sørge for at det fremmes velfungerende rådgivningstjenester og oppfølgende tjenester knyttet til adopsjon, som skal gi råd og hjelp til fremtidige adoptanter og adopterte barn» (Artikkel 20)*. Det fremgår av konvensjonens Explanatory Report at det ikke er tilstrekkelig med adopsjonsrådgivning, men at statene også må gi adoptivforeldrene passende oppfølging etter adopsjonen (Explanatory Report avsnitt 80).

Hove-utvalgets gjennomgang av adopsjonsfeltet (NOU 2009: 21. Adopsjon – til barnets beste)⁷ konkluderte med at det er behov for bedre oppfølging av adoptivfamilier etter adopsjon. Utvalget mente at det var *«viktig at adopsjonsmyndigheten tar ansvaret for å sikre at barna og deres foreldre får tilgang til de tjenestene de har behov for. Dette blir enda viktigere fremover på grunn av den nye adopsjonsvirkeligheten der barnas alder ved internasjonal adopsjon øker og flere barn som adopteres til Norge har behov for spesiell*

³ Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63

⁴ Konvensjon om vern av barn og samarbeid ved internasjonale adopsjoner, 29-05-1993 nr 1 Multilateral

⁵ Guide to Good Practice No 1: The Implementation and Operation of the 1993 Intercountry Adoption Convention

⁶ Om samtykke til ratifikasjon av konvensjon av 29. mai 1993 om vern av barn og samarbeid ved internasjonale adopsjoner. St. prp. nr. 77 (1995-96) <http://stortinget.no>

⁷ Adopsjon – til barnets beste, NOU 2009: 21 <https://www.regjeringen.no>

støtte», jf. NOU 2009: 21 s. 243. Adoptivfamilier burde etter Hove-utvalgets syn gis tilbud om rådgivning og veiledning dersom de har behov for hjelp de første årene som adoptivfamilie, og de anbefaler tilbud om samtaler hos psykolog etter adopsjonen, slik man får i Danmark. Rent organisatorisk anbefaler de at man gir et kompetanseløft av allerede eksisterende hjelpeapparat, med søkelys på nødvendigheten av at både foreldre, barnehager, skoler, helsestasjoner og andre deler av hjelpeapparatet får bedre kompetanse på adopsjon. Hove-utvalget foreslo videre å tillegge Bufdir en adopsjonsfaglig kompetanseenhet med ansvar for å spre nødvendig kunnskap, forskning og erfaringer om adopsjon, og mente at dette ville øke mulighetene for god rådgivning og veiledning av adoptivfamilier (NOU 2009: 21 s. 234 og 243). På sikt mente Hove-utvalget at det kunne være ønskelig med et eget kompetansesenter for adopsjon (NOU 2009: 21, se bl.a. s. 247). Anbefalingene er så vidt vi vet ikke fulgt opp.

I 2014 kom Adopsjonslovutvalget med en drøfting og anbefaling av oppfølging av adoptivfamilier, som en del av sin redegjørelse i forbindelse med forslag til ny adopsjonslov (NOU 2014:9 «Ny adopsjonslov»)⁸. Adopsjonslovutvalget var enig med Hove-utvalget både når det gjaldt behovet for et kompetanseløft i hjelpeapparatet og når det gjaldt behovet for oppfølging av adoptivbarn og deres familier av personer med særlig kunnskap om adopsjon. Utvalget mente Bufdir bør ha ansvaret for informering, veiledning og kompetanseheving av offentlige instanser som kommer i kontakt med adoptivbarn og deres familier, samt forberedelse og oppfølging av hver adoptivfamilie. Utvalget diskuterte også i hvilken grad nedgangen i adopsjoner kan tilsi at en særordning for denne gruppen familier ikke er hensiktsmessig, men kom frem til at nettopp reduksjonen i antallet adopsjoner taler for en særordning fordi konsekvensen kan bli at kunnskapen om adopsjon og adopsjonsspesifikke utfordringer reduseres i det alminnelige hjelpeapparatet. Det at en stadig økende andel barn som blir adoptert fra utlandet har behov for spesiell støtte tilsier også at adoptivfamilier bør ha krav på særlig oppfølging, ifølge utvalget. Utvalget skriver: *«Så lenge samfunnet har kunnskap om at adoptivfamilier opplever noen særlige problemstillinger etter adopsjon og at mange opplever dagens ordning som utilfredsstillende, bør reglene endres. Adopsjonslovutvalget foreslår derfor å etablere en offentlig støtteordning som spesifikt retter seg mot problemstillinger som adoptivfamilier kan møte på etter adopsjon.»* Adopsjonslovutvalget foreslo følgende tiltak:

- Adoptivbarn og deres familier bør få tilbud om oppfølging fra rådgivere i regi av Bufdir. Rådgiverne bør være erfarne psykologer eller andre med relevant terapeutisk utdannelse. De bør ha faglig erfaring med de problemstillinger som adoptivfamilier kan oppleve etter adopsjon.
- Bufdir bør ha ansvar for at rådgiverne får opplæring før de deltar i ordningen, og at de får årlig veiledning. Rådgiverne bør også samles hvert år for å utveksle erfaringer. Det er viktig at rådgiverne er dyktige til å skille mellom problemstillinger som kan relateres til adopsjonen, altså det forhold at barnet er adoptert, og eventuelle andre årsaker til at familien har utfordringer. Dette er avgjørende for at familien skal kunne få riktig hjelp, støtte og rådgivning.
- Adoptivbarn og deres familier bør få en lovfestet rett til oppfølging fra Bufdir sine rådgivere i 3 år etter adopsjonen, på 10 timer til sammen. Dersom barnet og familien har større utfordringer utover dette, bør de henvises til videre oppfølging

⁸ Ny adopsjonslov, NOU 2014: 9, <https://www.regjeringen.no>

eller behandling i det ordinære hjelpeapparatet. Retten til oppfølging bør gjelde adoptivbarnet og dets familie i fellesskap.

Som en oppfølging av utvalgets innstilling (NOU 2014 «Ny adopsjonslov») og høringsinnspillene til denne foreslår departementet følgende ovenfor Stortinget (Prop. 88 L (2016-2017), pkt. 1.3.3): «Etter departementets vurdering vil en del av barna som adopteres gjennom oppveksten ha behov for hjelp og støtte fra kompetente fagpersoner fordi de har forhøyet risiko for utfordringer på mange livsområder. Vanskene kan imidlertid være av så ulik art at det ikke er hensiktsmessig å opprette et eget tilbud for denne gruppen, og departementet følger derfor ikke opp adopsjonslovutvalgets forslag. Adoptivbarn og deres familier har krav på tilbud fra de offentlige tjenestene, for eksempel helsetjenester, på lik linje med andre barn og familier. Departementet anbefaler at adoptivbarn og deres familier gis god hjelp gjennom det ordinære hjelpeapparatet og at kunnskapen om adopsjon og adoptivbarns bakgrunn og spesielle utfordringer styrkes i de ulike delene av hjelpeapparatet, herunder innenfor helse. Departementet vil arbeide videre med tiltak knyttet til oppfølging etter adopsjon i andre prosesser.»

I Stortingets behandling av lovforslaget (prop.88 L (2016-2017))⁹ ble det blant annet uttalt at komiteen mener det er viktig å fange tidlig opp de utfordringene som adoptivfamilier har, og har merket seg at alle høringsinstanser og organisasjoner ønsker et kompetansesenter. Komiteen mener at et eventuelt kompetansesenter må utredes med henblikk på flere ting, som innhold, størrelse, faglige kvalifikasjoner og kostnader, og foreslår derfor følgende: «Stortinget ber regjeringen vurdere behovet for oppfølging av adopterte og familiene i tråd med Haagkonvensjonen artikkel 9, der en modell som den danske kan vurderes som ett alternativ, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.» Komiteen viste til at det i dag er god oppfølging (utredning/kursing/informasjon) av adoptivforeldre inntil de overtar omsorgen for sitt nye barn, men at det er mangel på oppfølging etter adopsjon. Særlig gjelder dette utenlandsadopsjon. Proposisjonen legger ikke opp til å endre på dette, og komiteen mener at selv om ikke alle familier trenger oppfølging, bør behovet kartlegges, og foreslår derfor følgende: «Stortinget ber regjeringen kartlegge behovet for oppfølging etter adopsjon.» Denne rapporten og undersøkelsen som rapporteres i kapittel 3 er et resultat av denne anmodningen.

Som vi ser av gjennomgangen over, finnes det en rekke internasjonale lover og regler som skal sikre at tverrnasjonale adoptivbarn og deres nye familier får tilstrekkelig oppfølging etter at barnet har flyttet til sin nye familie. Hovedhensikten har vært å sikre at adopsjon er til barnets beste. Lovforslagene og utredningene presentert over har alle anbefalt at familiene får et tilbud om oppfølging og veiledning de første årene etter adopsjon, og at de sikres nødvendig helsehjelp fra fagpersoner med spesialkompetanse på adoptivspesifikke forhold. De andre nordiske landene har satt i gang ulike nasjonale tiltak for å sikre at adoptivfamiliene får nødvendig og tilstrekkelig oppfølging og dermed ivareta deres juridiske rettigheter.

I Norge har det hele tiden vært slik at man mener det vanlige hjelpeapparatet kan ivareta familienes behov for helsehjelp i tilstrekkelig grad. Det har vært enkelte tilbud og ordninger rettet spesifikt mot adoptivfamilier etter hjemkomst, men de har som regel vært prosjektbaserte og tidsavgrensede. Ett unntak er Asker-teamet sitt forebyggende,

⁹ Lov om adopsjon (adopsjonsloven), Prop. 88 L (2016–2017), <https://www.regjeringen.no>.

tverrfaglige fagteam, som ble opprettet i 2001 og som fortsatt gir tilbud om oppfølging til adoptivfamilier.

I 2020 ble det for første gang satt av prosjektmidler i statsbudsjettet til en stilling som skal veilede adopterte og adoptivfamilier drevet fra kontorene til adopsjonsforeningen InorAdopt i Kristiansand. Ifølge tjenestens nettside (www.etteradopsjon.no) skal den være «et lavterskeltilbud overfor foreldre og barn og skal være en førsteinstans med kunnskap og oversikt over aktuelle instanser som finnes for å kunne gi god veiledning til dem som tar kontakt». Nettsiden formidler informasjon om relevant litteratur og oversikt over ulike hjelpeinstanser som kan være aktuelle for familiene. I tillegg kan familiene ta kontakt per telefon og mail/chat. Hvilken fagkompetanse som finnes hos personale som betjener «www.etteradopsjon.no» sine tjenester framgår ikke av nettsiden. Vi oppfatter at det primære formålet med veiledningstjenesten er å gi råd og veiledning om hvor familiene kan få relevant hjelp. De som betjener telefonen, skal ikke selv gi barna og foreldrene psykologfaglig helsehjelp eller veiledning.

Slik vi oppfatter situasjonen i Norge i dag, finnes det ikke spesifikke støttetjenester for adoptivbarn og foreldrene deres som kan gi profesjonell rådgiving den første tiden etter adopsjonen, eller andre tiltak som garanterer adoptivbarna nødvendig helsehjelp utover den helsehjelp som tilbys alle familier. Den norske tolkningen av forpliktelsen i Haagkonvensjonen har vært at barnets beste kan sikres gjennom det vanlige hjelpeapparatet. Som vi har henvist til over, ble prinsippet om *at adoptivfamilier i utgangspunktet ikke skal skilles ut som en gruppe med særlige behov* knesatt i forbindelse med gjennomføring i norsk rett av Haagkonvensjonen (St.prp. nr. 77 (1995–96) s. 11–12)¹⁰. En av hovedhensiktene med vår studie har vært å undersøke om denne likebehandlingen faktisk sikrer adoptivbarna og deres familier tilstrekkelig helsehjelp, ved å spørre adoptivforeldrene om deres erfaringer med hjelpeapparatet.

1.4 Problemstillinger og oppbygging av rapporten

Når man kommer fram til at man ønsker å adoptere et barn, starter en prosess som kan gå over mange år. Vi har ulike problemstillinger til de ulike stadiene i prosessen som vi behandler i denne rapporten:

Foreldrene skal først igjennom intervjuer og hjemmebesøk for å bli vurdert og godkjent som adoptivforeldre. Hovedhensikten er å sikre at barna får en best mulig oppvekst.

Er dagens vurderingsindikatorer forankret i oppdatert forskning om hvilke egenskaper ved foreldrene som er viktig for barnas utvikling? Har man gode nok metoder for å vurdere adoptivsøkere i Norge? Og hvordan opplever søkerne vurderingsprosessen?

Etter godkjenning er det ofte flere års venting med mye usikkerhet og store forventninger. Når foreldrene får tildelt barnet begynner en ny og spennende fase. Foreldrene skal bli kjent med det nye barnet, utvikle nye hverdagsrutiner tilpasset barnets behov og venne seg til hvordan deres nye roller som foreldre påvirker samlivet dem imellom.

¹⁰ Om samtykke til ratifikasjon av konvensjon av 29. mai 1993 om vern av barn og samarbeid ved internasjonale adopsjoner. St. prp. nr. 77 (1995-96) <http://stortinget.no>

Hvordan opplever foreldrene denne første tiden med barnet? Hvordan kan man best hjelpe foreldrene i denne tidlige fasen?

Enkelte barn kommer til adoptivfamiliene med en litt tyngre bagasje enn andre barn. Dette kan være et resultat av medfødte eller ervervede helseskader eller tilførte psykologiske traumer. Barnet kan også reagere negativt på belastningene ved å bli tatt vekk fra sitt vantede miljø og komme til en helt ny familie. Ved utenlandsadopsjon møter barn også utfordringer knyttet til språkbarrierer og kanskje etter hvert også en opplevelse av utseendemessig forskjellighet og utenforskap. Samlet sett gjør dette at adoptivbarn er mer utsatt for å utvikle ulike typer vansker sammenlignet med andre barn.

Hvor stor andel av adoptivfamiliene oppgir å ha barn med ulike vansker? Hva slags vansker er mest utbredt? Og hva kjennetegner familiene med barn med mest vansker?

Det er per i dag ingen offentlige tilbud om helsehjelp spesielt rettet mot adoptivfamilier. Det er heller ingen særskilte ordninger som sikrer at adoptivbarna og familiene får tilstrekkelig helsehjelp.

Opplever foreldrene at familien har fått den hjelpen de har hatt behov for fra hjelpeapparatet? Hva kjennetegner familiene der foreldrene eventuelt oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig hjelp?

Om man skulle etablere egne hjelpeordninger for adoptivfamiliene fremover, er det viktig å vite hva slags type hjelp barna og foreldrene/familiene har behov for slik at man er sikker på at tilbudet treffer behovet. Det er av samme grunn viktig å vite i hvilken grad familiene mener det er nødvendig med hjelp fra helsepersonell med spesialkompetanse på adopsjon.

Hva er ifølge foreldrene de mest utbredte hjelpebehovene i familiene?

Prosjektet skal munne ut i anbefalinger som kan sikre at indikatorene for vurdering av adoptivsøkere er godt forankret i oppdatert forskning, at man har gode metoder for å innhente denne kunnskapen og at man iverksetter tiltak overfor familiene som i ivaretar deres behov.

Oppbygging av rapporten

Rapporten består av to hoveddeler. Kapittel 2 handler om vurdering av foreldre som ønsker å adoptere. I oppdraget fra Bufdir er vi bedt om å innhente erfaringer fra andre land det er naturlig å sammenligne oss med. Først diskuterer vi i hvilken grad det er forskningsmessig belegg for de vurderingsindikatorene vi benytter i Norge i dag. Deretter gjennomgår vi prosedyrer og metoder for vurdering av adoptivsøkere som benyttes i andre land og presenterer deretter deres erfaringer med bruk av systematiske kartleggingsinstrumenter og spørreskjema. Deretter følger en diskusjon om hvordan man kan gjennomføre fremtidige vurderinger av adoptivsøkere slik at man på best mulig vis kan sikre barnas beste og at man har relevante vurderingsverktøy for vurderingsindikatorene. Kapitlet avsluttes med anbefalinger angående valg av vurderingsindikatorer og valg av metoder for å vurdere adoptivsøkerne.

Kapittel 3 handler om foreldres erfaringer med adopsjonsprosessen og med å få et adoptert barn i familien. Vi har gjennomført en undersøkelse blant adoptivfamilier i Norge

og i denne delen presenterer vi resultatene fra undersøkelsen. I tillegg til spørsmål om foreldrenes erfaringer fra adopsjonsprosessen og den første tiden med barnet, har vi spurt om omfanget av vansker hos barna, i hvilken grad barna har fått nødvendig helsehjelp, og til slutt hvilke hjelpebehov familiene har hatt. Deretter følger en diskusjon om i hvilken grad det er grunn til å tro at familiene ikke har mottatt tilstrekkelig helsehjelp, og hvilke tiltak som eventuelt kan være mest aktuelle for å imøtekomme foreldrenes behov. Kapittelet avsluttes med anbefalinger for hvordan man best kan sikre at familiene i fremtiden får nødvendig og adekvat helsehjelp.

2 Vurdering av adoptiv søkere

Ett av hovedformålene med prosjektet har vært å vurdere det vitenskapelige grunnlaget for vurderingsindikatorer og vurderingsmetodene som benyttes ved screening av adoptiv søkere i Norge i dag. Med **vurderingsindikatorer** mener vi her de kjennetegn og egenskaper ved søkerne og deres familiesituasjon som vurderes som relevante for deres egnethet som adoptivforeldre og som kartlegges i en vurderingssituasjon.

Vurderingsmetoder er de instrumenter eller prosedyrer som anvendes for å kartlegge adoptiv søkere etter indikatorer.

Våre anbefalinger avgrenses til valg av vurderingsindikatorer og metodene man bør anvende for å kartlegge disse. Vi vil ikke gjøre en vurdering eller komme med anbefalinger knyttet til hvordan tjenesten er finansiert, forankret eller organisert, da dette faller utenfor vårt mandat. Våre anbefalinger er basert på innhentet kunnskap om (1) hvordan man vurderer adoptiv søkere i våre nærmeste naboland (Norden), (2) andre lands erfaringer med bruk av systematiske kartleggingsinstrumenter, og (3) i hvilken grad det er forskningsmessig belegg for indikatorer som legges til grunn for dagens vurdering av adoptiv søkere i Norge.

Vi har allerede publisert en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for hvilke egenskaper ved adoptivforeldre som har vist seg å ha betydning for adoptiv barns helse og utvikling: «*Hva kjennetegner gode (adoptiv)foreldre? En litteraturgjennomgang*» som kan lastes ned fra FHI sine nettsider. I dette kapitlet gjennomgår vi hovedkonklusjonene fra litteraturgjennomgangen og avslutter med anbefalinger om vurderingsindikatorer basert på funnene i rapporten.

2.1 Er det forskningsmessig belegg for dagens vurderingsindikatorer?

For å gjøre en god og forsvarlig vurdering av adoptiv søkere, er det nødvendig med oppdatert kunnskap om hvilke egenskaper ved søkerne som har betydning for foreldrenes evne til å ivareta et adoptiv barns omsorgsbehov. Kunnskapen bør komme fra studier av adoptivfamilier, da disse skiller seg fra biologisk relaterte familier på viktige områder.» Adoptiv barn har opplevd *minst* ett alvorlig brudd i omsorgen i sin barndom og en del barn har opplevd flere enn ett omsorgsbrudd. Dette kan gjøre barna ekstra sårbare for eventuelle utfordringer ved adoptivforeldrenes evne til å skape en god tilknytning og trygge barnet.

Adoptivfamilier skiller seg også fra andre familier ved at foreldre og barn er genetisk ubeslektede. Psykologiske teorier er i stor grad basert på studier av biologisk beslektede familier. Foreldrene ble tidligere sett på som den viktigste faktoren for å forklare årsaken til individuelle forskjeller i barns utvikling. Tvillingstudier har derimot vist at mye av forskjellene mellom mennesker når det gjelder psykologiske egenskaper kan tilskrives genetikk. Hvert barn arver ca. 50% av genene til hver av sine foreldre. Nyere studier har vist at likheter mellom foreldre og barn delvis eller helt kan forklares ved genetiske faktorer som foreldre og barn deler (Polderman et al., 2015). Tilsvarende viser nyere studier at der man tidligere trodde det var foreldre som påvirket barna, har man sett at

hele eller deler av sammenhengen kan forklares ved at barna påvirker foreldrene: det vil si at det for eksempel ikke alltid er foreldrenes depresjon som gjør barna deprimerte; det kan like gjerne være depresjon hos barna som fører til depresjon hos foreldrene (McAdams et al., 2015). Om man baserer vurderingsindikatorer på studier av biologiske familier hvor man ikke har tatt høyde for felles genetikk eller årsaksretningen i påvirkning, vil man kunne inkludere vurderingsindikatorer som ikke er bestemmende for foreldrenes evne til å ivareta barna. Om mye av effekten heller går fra barn til foreldre, vil det være viktigere å velge ut foreldre som har styrke nok til å tåle eventuelle påkjenninger knyttet til barnets vansker, heller enn å velge ut foreldre for eksempel basert på deres oppdragelsesstil.

Tabell 1: Er det forskningsmessig belegg for å si at følgende egenskaper ved adoptivforeldrene direkte påvirker barnas helse og utvikling?

	Ja	Nei	For få studier
Foreldres ressurser og egenskaper			
Alder		X	
Sosioøkonomisk status		X	
Enslig forsørger		X	
Likekjønnede adoptivforeldre			X
Vandel, rusmisbruk, og kriminalitet			X
Psykisk helse	X		
Adoptivforeldrenes egen tilknytning	X		
Kvalitet på parforholdet (der det er to søkere)	X		
Sosiale nettverk og sosial støtte		X	
Familedynamikk			
Skolestøttende atferd		X	
Familiemiljø		X	
Oppdragelsesstil	X		
Foreldrestress		X	
Adopsjonsrelaterte temaer			
Kulturformidling			X
Betydning av åpenhet og kommunikasjon rundt adopsjon		X	
Foreldres (realistiske) forventninger til barnets utvikling og ferdigheter			X
Adoptivbarnas alder ved adopsjon		X	
Adopterte søsken		X	

Behovet for en oppdatert vurdering av relevante vurderingsindikatorer ved adopsjon var bakgrunnen for at Bufdir ba Folkehelseinstituttet om å gjøre en vurdering av indikatorene som i dag anvendes ved vurdering av søkere til adopsjon. Vurderingen skal gjøres i lys av en litteraturgjennomgang med et systematisk søk om *hvilke egenskaper ved adoptivforeldre som har betydning for adoptivbarnas helse og utvikling*. Resultatene av litteraturgjennomgangen er presentert i rapporten «Hva kjennetegner gode (adoptiv)foreldre? En litteraturgjennomgang», publisert av FHI i april 2020 (<https://www.fhi.no/publ/2021/hva-kjennetegner-gode-adoptivforeldre/>).

Litteraturgjennomgangen identifiserte 145 relevante studier. I rapporten blir studiene presentert og vurdert under overskrifter tilsvarende de vurderingsindikatorene som i dag anvendes ved vurdering av adoptiv søkere. Hovedresultatet fra rapporten presenteres her skjematisk i tabell 1. For å få en mer detaljert oversikt over resultatene som danner grunnlaget for drøftelsene i dette kapitlet, anbefales det at man samtidig leser litteraturgjennomgangen. Kapitlene i litteraturgjennomgangen inkluderer en grundig redegjørelse for metodiske styrker og svakheter og diskusjon av alternative forklaringsmekanismer.

2.1.1 Gjennomgang av vurderingsindikatorene

Vi vil i dette delkapitlet gå igjennom kunnskapsgrunnlaget for de ulike vurderingsindikatorene og diskutere hvilke konsekvenser resultatene fra litteraturgjennomgangen bør få for dagens praksis. Gjennomgangen er en kort oppsummering av hva vi fant i litteraturgjennomgangen. To aspekter vil være førende for vår gjennomgang:

- 1) Vurderingene baserer seg alltid på hensynet til barnets beste. Det betyr at vi skal vurdere i hvilken grad ulike egenskaper eller kjennetegn hos foreldrene øker **risikoen** for at foreldrene på nåværende tidspunkt eller i fremtiden ikke vil kunne gi best mulig omsorg til barnet. Risiko kan defineres som sannsynlighet ganger konsekvens. Det betyr at om sannsynligheten for en gitt atferd er svært lav, men konsekvensene for barnet om det skjer er svært stor, så vurderes det som at risikoen er stor. Dette er årsaken til at søkere som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen ikke får adoptere i enkelte stater i USA, med henvisning til studier som viser at barn som har vært utsatt for overgrep oftere selv utfører overgrep i voksen alder, selv om sammenhengen er svært liten. Det er nedfelt i internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til (barnekonvensjonen og Haagkonvensjonen av 1993) og norsk nasjonal rett at det førende prinsippet ved vurdering av adoptiv søkere alltid skal være best mulig ivaretagelse av barn fremfor hensynet til søkerens ønske om å bli foreldre.
- 2) I tillegg vil vurderinger og anbefalinger hele veien ta høyde for at man kan forvente en ytterligere økning i forekomst av vansker hos barna som blir adoptert til Norge i fremtiden. Dette betyr at vi også må vurdere sannsynligheten for at foreldrene vil klare å stå i en situasjon over flere år med mange utfordringer hos barna.

Adoptiv søkers alder

De identifiserte studiene fant ingen sammenheng mellom adoptivforeldrenes alder og deres psykiske helse, opplevelse av mestring av foreldrerollen eller tilknytning til barnet. Studiene som undersøkte betydningen av adoptivforeldrenes alder for barnets helse og utvikling, viste at de eldste foreldrene rapporterte om barn med færre vansker og de yngste foreldrene rapporterte om barn med flere vansker. Studiene kan derfor tyde på at om foreldrenes (økende) alder har en effekt på barn og foreldre, så er den positiv. Problemet med de inkluderte studiene er at de baserer seg på adoptivfamilier som allerede er selektert på alder. Vi har derfor ikke tilgang til studier som ser på betydningen av svært høy eller svært lav alder. En svensk registerbasert studie viste imidlertid at der aldersforskjellen mellom adoptivbarn og adoptivforeldre var over 35 år, økte

sannsynligheten for at barna ble plassert i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon (Elmund, Lindblad, Vinnerljung, & Hjern, 2007). Det kan hende at det i utgangspunktet er positivt med eldre erfarne foreldre, men at ved store konflikter og belastninger kan høy alder være en ulempe. Om vi går til litteratur utenfor adopsjonsfeltet, har man funnet at jo eldre mødrene er, jo bedre presterer barna på skolen og jo mindre atferdsproblemer ser man hos barna (Duncan, Lee, Rosales-Rueda, & Kalil, 2018). Høyere alder kan derimot også være en utfordring dersom foreldrene har aldersrelaterte fysiske og/eller psykiske helseutfordringer som hindrer dem fra å kunne yte god nok omsorg for barna i et livsløpsperspektiv (Smith & Palmieri 2007). De fleste land har derfor en øvre og en nedre grense for alder på adoptivøkere. Gjeldende regelverk i Norge setter ingen øvre aldersgrense for å bli godkjent for utenlandsadopsjon. I praksis legges det likevel til grunn at aldersforskjellen mellom søkere og barnet som utgangspunkt ikke bør være mer enn 45 år på tidspunktet for forhåndssamtykket, jf. rundskriv "Saksbehandling ved søknad om innenlands- og utenlandsbehandling" punkt 8.6.

Sosioøkonomisk status (SØS) /økonomi/utdannelse

Foreldres sosioøkonomiske status (SØS), ofte definert som kombinasjonen av deres utdannings- og inntektsnivå, er ansett å være en miljømessig faktor som kan påvirke barns kognitive og psykososiale utvikling. Høy SØS hos foreldrene er antatt å ha en positiv påvirkning på barns skoleprestasjoner og kognitive evner (se; Johnson, McGue, & Iacono, 2007b). Dette både fordi foreldre med høy SØS i større grad legger til rette for et læringsstimulerende miljø i familien (lese bøker, fokus på å lære bokstaver og lignende) og fordi de kan ha høyere forventninger til sine barns akademiske prestasjoner enn foreldre med lavere SØS (Vinnerljung, Lindblad, Hjern, Rasmussen, & Dalen, 2010).

Litteraturgjennomgangen fant at adoptivforeldrenes SØS i liten grad var assosiert med adoptivbarnas utvikling. Vi så imidlertid at barn som har biologiske foreldre med psykiske lidelser er mer sårbare for å utvikle egne vansker når adoptivforeldrene har lav SØS. Et annet funn var at høyere SØS kan henge sammen en *forhøyet* risiko for vansker hos adopterte som vokser opp hos høyt utdannede adoptivforeldre. Flere av forfatterne påpeker at sammenhengen mellom høyere SØS og mistilpasning muligens kan skyldes at adoptivbarn opplever å ikke nå opp til sine velutdannede adoptivforeldres (urealistiske) forventninger, og dermed kan få problemer med å takle sin følelse av tilkortkommenhet. Siden adoptivfamilier oftest er selektert på høy utdannelse og god økonomi har man ikke nok data til å kunne si noe om betydningen av lav utdannelse og dårlig økonomi. Det er derfor fremdeles grunnlag for å si at det er i barnets beste at familien har jevnt god økonomi. Det er imidlertid mer usikkert hvor relevant det er at søkerne har en høy utdannelse. Vi anbefaler at man er spesielt oppmerksom ovenfor foreldre med svært høy utdannelse som kommer fra miljøer hvor dette gjelder de fleste i deres omgangskrets. Det blir for barnas skyld viktig å forberede foreldrene på at selv om de legger mye energi ned i å stimulere sine adoptivbarn kognitivt, så må de være forberedt på at barna kanskje ikke vil kunne ta en like høy utdannelse som dem selv.

Enslige forsørgere

Adoptivbarn som vokser opp med eneforsørgere kan ha økt risiko for negative utfall fordi byrden forbundet med å være forelder og utfordringene som er knyttet til foreldrerollen er antatt å være større for eneforsørgere sammenlignet med foreldrepar (se; Elmund et al., 2007). Funn i litteraturgjennomgangen tyder på at adoptivbarn som bor hos enslige foreldre har økt risiko for alvorlige psykiske lidelser og selvmord, spesielt om de i tillegg har en nedarvet genetisk sårbarhet for psykiske vansker fra sine biologiske foreldre. Det å være enslig adoptivforelder øker risikoen for at barnevernet overtar omsorgen for

adoptivbarnet. Ingen av studiene har klart å skille mellom de som har adoptert et barn alene, fra de foreldrene som er enslige fordi de har gjennomgått en skilsmisse. Resultatene kan derfor muligens vise betydningen av stabile foreldrerelasjoner, heller enn en risiko ved det å adoptere alene. Vi finner derfor ikke grunnlag for å komme med en anbefaling for eller imot at man skal tillate enslige søkere. Vi anbefaler heller at man følger dagens praksis med å tillate enslige forsørgere, men da med ekstra store krav til søkerens ressurser, både økonomisk og sosialt.

Likekjønnede foreldre

Det var tidligere slik at de fleste opprinnelsesland og utenlandske sentralmyndigheter har reservert seg mot å plassere adoptivbarn hos likekjønnede par. Dette har endret seg de siste årene. Restriksjonene har i hovedsak basert seg på antakelsen om at det kan medføre negative konsekvenser for adoptivbarn å vokse opp hos homofile og lesbiske adoptivforeldre, fremfor hos heteroseksuelle adoptivforeldre. Litteraturgjennomgangen finner ikke grunnlag for å trekke den slutningen at likekjønnede foreldre utgjør en risikofaktor for adoptivbarnas utvikling. Vi har imidlertid identifisert for så studier til å kunne konkludere.

Vandel, rusmisbruk, og kriminalitet hos adoptivforeldre

Vi har ikke funnet egne studier av konsekvensene av kriminalitet og rusproblemer hos adoptivforeldrene, for barnas utvikling. Men alle land vi har hatt kontakt med praktiserer en avvisning av søkere som utøver kriminelle handlinger i dag, eller som har et pågående rusproblem. Men hva om foreldrene har begått kriminelle handlinger tidligere i livet, men ikke de siste ti årene? Det man bør se etter er om kriminelle handlinger begått på et tidligere stadium i søkerens liv er uttrykk for en mer stabil antisosial personlighetstype, karakterisert ved aggresjon, manglende impuls kontroll og mangel på empati (DeLisi, Drury, & Elbert, 2019). Dette kan man enten avdekke direkte ved intervju, eller indirekte ved å se på hvilke typer kriminelle handlinger som er utført. Vi vil ikke anbefale at personer som tidligere er dømt for voldskriminalitet blir godkjent. Heller ikke vinningskriminalitet rettet mot et for personen kjent offer. Det er imidlertid ikke klare indikasjoner på at trafikkforseelser og forsikringssvindel i yngre alder bør føre til at man ikke blir vurdert som egnet til adopsjon.

Når det gjelder rusproblemer, bør man være spesielt oppmerksom på personer som tidligere i livet har hatt et alvorlig rusproblem, enten ved bruk av narkotika, alkohol, eller medikamenter, selv om de i dag er avholdne. Man bør vurdere sannsynligheten for at foreldre med tidligere rusproblemer vil kunne komme til å bruke alkohol/andre rusmidler som mestringsstrategi hvis de opplever svært belastende perioder senere i barnas oppvekst. Grad av risiko kan vurderes ved alvorlighetsgraden av tidligere rusmisbruk og om det har vært blandingsmisbruk (alkohol, medikamenter, og narkotiske stoffer).

Psykisk helse

Psykisk helse omfatter spennet fra god psykisk helse og livskvalitet, til psykiske plager og mer alvorlige psykiske lidelser. Resultatene fra litteraturgjennomgangen finner gjennomgående en sammenheng mellom økt forekomst av psykiske vansker og lidelser hos en eller begge av adoptivforeldrene og økt forekomst av psykiske vansker hos barna. Sammenhengen er sterkere der barna har biologiske foreldre med psykiske vansker, noe man i utgangspunktet må ta høyde for da man ofte ikke kjenner forhistorien til barnets biologiske foreldre. Litteraturgjennomgangen viser videre at sammenhengen mellom mødrenes og barnas psykiske helse er størst når barna er små, mens det kan se ut til at

fedrenes psykiske helse er sterkere forbundet med barnas psykiske helse når barna blir ungdommer. Studiene kan tyde på at dette delvis skyldes at mors evne til å ivareta barna påvirkes av fars psykiske vansker. Det vil derfor være til barnets beste å vokse opp i familier hvor begge foreldrene har god psykisk helse.

Studiene viser samtidig at mye av sammenhengen mellom psykiske vansker hos adoptivforeldre og adoptivbarn forklares ved at foreldrene får psykiske vansker som et resultat av at barna har det vanskelig, heller enn motsatt. Dette betyr at man både bør vurdere i hvilken grad søkerne har pågående psykiske vansker som kan gå ut over deres evne til å ivareta barnet, samtidig med at man vurderer i hvilken grad søkerne er sårbare for å utvikle egne psykiske vansker som en reaksjon på eventuelle fremtidige psykiske vansker hos barna.

Psykiske vansker kan være forbigående og mindre inngripende enn psykiske lidelser, som nesten alltid innebærer et betydelig funksjonstap (Bårdstu, Haukedal, & Torgersen, 2021). De fleste land gjennomfører en praksis hvor de ikke godkjenner søkere med en pågående psykisk lidelse, noe vi også anbefaler. Det er imidlertid vanskelig å skulle forutse hvilke søkerne som har økt sannsynlighet for på et senere tidspunkt å utvikle mer alvorlige psykiske lidelser. En indikasjon kan være i hvilken grad de har fått diagnostisert en psykisk lidelse tidligere i livet. Sannsynligheten for tilbakefall kan da vurderes på bakgrunn av 1) om lidelsen medførte et stor grad av funksjonstap (dvs innleggelse, sykemelding over lang tid, manglende evne til å fungere sosialt og på skole/jobbb), 2) om det har vært flere tidligere tilbakefall, 3) om søkeren har genetisk risiko for alvorlig psykisk sykdom i familien, og 4) om lidelsen kom etter å ha hatt vansker over mange år, til forskjell fra å være en midlertidig reaksjon på en plutselig ytre hendelse (dødsfall i familien el.lign.). Dersom saksbehandleren kan svare bekreftende på flere av disse kriteriene er det grunn til å anta at risikoen for tilbakefall er for stor til at det anses som sannsynlig at adopsjonen vil være til barnets beste.

Adoptivforeldrenes egen tilknytningsevne

Tilknytning er et begrep som brukes for å karakterisere det emosjonelle båndet og kvaliteten på forholdet mellom barn og foreldre. Ifølge tilknytningsteori spiller kvaliteten på barnets tilknytning til sine omsorgsgivere en vesentlig rolle for dets sosiale, kognitive og emosjonelle utvikling (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969). Grunnen til at man ønsker å vurdere søkerens tilknytningsevne ved adopsjon, er at man tenker seg at deres egen tilknytningsevne og reaksjonsmønster kan påvirke hvordan de vil møte og samhandle med sine egne barn (Bowlby, 1973). En trygg tilknytningsstil hos foreldre anses å være forbundet med høy grad av både fysisk og følelsesmessig tilgjengelighet ovenfor barnet og det å være lydhør og sensitiv overfor barnets behov (Allen et al., 2003). Foreldre med trygg tilknytning anses for å være bedre rustet til å kunne håndtere og tolerere separasjonsprosessen som barn går gjennom når de kommer i ungdomsalderen. Foreldre med utrygg tilknytning kan oppleve ungdommenes søken etter autonomi og utforskende atferd som en trussel mot forholdet mellom foreldre og barn. I tillegg foreligger det en antakelse om at adoptivforeldre med trygg tilknytning ofte evner å integrere sin tidligere tilknytningshistorie med sin nåværende personlige biografi på en god og sammenhengende måte. De kan dermed ha spesielt gode forutsetninger for å bistå adoptivbarn med å prosessere tidligere negative og eventuelt potensielt traumatiske erfaringer og relasjoner. De kan videre hjelpe barnet med å integrere disse erfaringene inn i barnets personlige identitet og selvkonsept, på en enhetlig og sammenhengende måte (Pace, Zavattini, & D'Alessio, 2012). Motsatt antas det at foreldre med utrygg tilknytning er mindre tilbøyelige til å skape samsvar og balanse i sin egen personlige identitet og

historie. De kan derfor ha dårligere forutsetninger for å overføre emosjonell trygghet til sine barn og kan være mindre egnet til å redusere eller motvirke den negative innvirkningen av barnas erfaringer før adopsjon.

De fleste av studiene som blir gjengitt her har kartlagt tilknytning hos voksne ved bruk av 'The Adult Attachment Interview' (AAI). Dette er et semistrukturert intervju, hvor foreldrenes tilknytning blir vurdert ved bruk av retrospektive spørsmål om forholdet til omsorgspersoner i barndommen (kvaliteten på forholdet, grad av emosjonell uro, erfaringer med separasjon og tap, opplevd avvisning og/eller misbruk). AAI inneholder også spørsmål om forhold til foreldre på nåværende tidspunkt (organisert eller disorganisert forhold til foreldrene), samt spørsmål om man føler at disse erfaringene med foreldrene kan ha påvirket ham eller henne. Basert på disse spørsmålene kan foreldres egen tilknytningsstil primært klassifiseres som enten 1) trygg tilknytning, som innebærer kombinasjonen av å være komfortabel med intimitet og evne til å være selvstendig; 2) utrygg - avvisende tilknytning, som innebærer en tilbøyelighet til å avvise intimitet, begrenset evne til å vise følelser og at man fremstår som svært selvstendig; 3) utrygg - overopptatt tilknytning, som innebærer at man er overdrevent opptatt av det sosiale forholdet og hvor vedkommende er avhengig av andres aksept for å føle seg vel; og 4) utrygg - engstelig tilknytning, som innebærer en tendens til å unngå intimitet av frykt for avvisning, samt sosial tilbaketrukkethet (Bartholomew & Horowitz, 1991). I tillegg finnes det en rekke spørreskjemaer som brukes for å kartlegge foreldrenes tilknytningsstil.

De aller fleste studiene i litteraturgjennomgangen viste en sammenheng mellom trygg tilknytning hos adoptivforeldre (målt ved foreldrenes tilknytning til egne foreldre og partner) og trygg tilknytning hos deres barn (målt både ved rapportering fra foreldrene, men også ved observasjon). Samlet sett gjør dette at det er stor sannsynlighet for at studiene har vist at en trygg tilknytningsstil eller tilknytningsevne hos foreldrene har en positiv effekt på barnas egen tilknytningsevne. Samtidig viser studiene at tilknytningsvansker hos barna påvirker foreldrenes tilknytning til barna. Dette forsterker betydningen av foreldrenes tilknytningsevne som en av de viktigste indikatorene for å vurdere søkerens egnethet som foreldre. I tillegg er det slik at flere av studiene viser at foreldrenes tilknytningsevne henger sammen med stabile og gode relasjoner til deres partner og god tilgang på sosial støtte.

AAI benyttes ved screening av adoptivsøkere i flere land, blant annet Sverige og England. Det å vurdere søkerens tilknytningsevner er kanskje det viktigste utrederne gjør, men også det vanskeligste. Vi anbefaler at man i Norge tar i bruk AAI for å vurdere søkere som man mistenker kan ha tilknytningsvansker. Instrumentet krever imidlertid at den som intervjuer og skårer gjennomgår opplæring i instrumentet. Man må derfor etablere kontakt med en psykolog som allerede er kurset i instrumentet og som dermed kan bistå utrederne ved behov. Et annet alternativ er å få søkerne til å fylle ut et spørreskjema kalt AAS, som er nærmere beskrevet i neste kapittel.

Adoptivforeldrenes parforhold

Kvaliteten på adoptivforeldres parforhold anses å kunne påvirke en rekke faktorer i familien. Kvaliteten på parforhold har i særskilt grad blitt antatt å kunne ha en smitteeffekt på foreldres oppdragelsesstil (se; Stover et al., 2012). Antakelsen er at et dårlig parforhold kan bidra til at foreldre har mindre tålmodighet og responderer med mer sinne, aggresjon og fiendtlighet på utfordrende atferd hos barna. Et mer harmonisk parforhold derimot, antas å kunne bidra til bedre og mer adekvat samhandling og

kommunikasjon mellom foreldre og barn. På tilsvarende måte er det antatt at nærhet, respekt, stabilitet og tillit mellom partnere kan fungere som en beskyttende faktor mot stress knyttet til både utfordringer hos barnet og til vansker på ulike områder i livet. Dårlig kvalitet på parforholdet kan derimot bidra til å øke belastningen av stress og livsutfordringer (Deater-Deckard & Scarr, 1996).

Resultatene fra litteraturgjennomgangen viste at det er tydelig støtte i studiene for at kvaliteten på parforholdet har betydning for barnas trivsel, og da spesielt graden av fiendtlighet mellom partnerne som har en tydelig negativ effekt på barna. Påvirkningen er både direkte og indirekte via sammenhengen mellom fiendtlighet i parforholdet og en fiendtlig oppdragelsesstil, som påvirker barnet negativt. Samtidig viste flere av studiene at eventuelle vansker hos barna påvirker parforholdet negativt. Dette styrker ytterligere behovet for å utrede i hvilken grad søkerne, når det er to som søker, har et godt og stabilt forhold preget av gjensidig støtte og respekt og med liten grad av fiendtlighet. Det å vurdere hvordan parforholdet fungerer, er antagelig den tydeligste prediktoren for hvordan søkerne vil behandle sine barn i fremtiden.

Sosiale nettverk og sosial støtte

Sosial støtte innebærer i hvilken grad man føler at man har tilgang til praktisk og emosjonell støtte fra ulike aktører i omgivelsene, inkludert partner, familie, venner eller hjelpeinstanser og støtteapparat. Adoptivforeldre kan ha et særskilt behov for tilgang på både formell og uformell sosial støtte, fordi adoptivbarn har økt sannsynlighet for å ha opplevd omsorgssvikt, traumer og dårlige levekår før adopsjon, noe som gjør de mer sårbare for å utvikle vansker gjennom barne- og ungdomsårene. Adoptivbarn har også oftere enn andre barn ulike fysiske og psykiske funksjonshemninger som kan oppleves utfordrende for adoptivforeldrene (Reilly & Platz, 2004). Medisinsk, økonomisk og rådgivende sosial støtte fra offentlige støtteapparat og hjelpeinstanser kan være viktig for at adoptivforeldre skal føle at de har mulighet, ressurser og overskudd til å ivareta adoptivbarn med spesielle behov på en god måte. Den mer uformelle sosiale støtten fra venner og familie kan fungere som en beskyttende faktor mot mulige negative konsekvenser av for eksempel depressive symptomer eller høy grad av opplevd stress hos adoptivforeldre, som kan gå utover kvaliteten på deres oppdragelsesstil og følelse av å mestre foreldrerollen (Taraban et al., 2018). Sosial støtte kan på denne måten ha en positiv innvirkning på adoptivforeldrenes evne til å takle ulike utfordringer hos adoptivbarna og bidra til at foreldrene har mer ressurser og overskudd til å oppdra barna på en hensiktsmessig måte. Dette kan igjen ha en positiv innvirkning på adoptivbarnas utvikling og tilpasning (Belsky, 1984; McEachern et al., 2013).

Studiene vi identifiserte i litteraturgjennomgangen viste en positiv sammenheng mellom formell og uformell støtte og mindre foreldrestress og mer mestring og fornøydhets med foreldrerollen. En studie viste også at opplevd sosial støtte *før* adopsjon var knyttet til mindre foreldrerelatert stress *etter* adopsjon. Vi fant også studier som viste at støtte fra omgivelsene og hjelpeapparatet *etter* adopsjon hadde en positiv sammenheng med kvaliteten på foreldre-barn relasjonene og på familien. Samlet sett viser studiene at jo mer støtte foreldrene opplever fra omgivelsene, jo oftere rapporterer de om lite foreldrestress og mer mestringsfølelse som foreldre. Dette gjelder også etter at man har kontrollert for alternative forklaringsvariabler. Det kan dermed se ut til at sosial støtte kan ha en egen selvstendig effekt på foreldrene. Det er imidlertid gjennomført for få longitudinelle studier til at man kan si dette med sikkerhet. Studiene kan heller ikke skille ut i hvilken grad det er slik at foreldre med barn med vansker har mindre sosial støtte rett og slett fordi de ikke har tid og overskudd til å ivareta sine sosiale relasjoner. Vi mener likevel at

tilgjengeligheten av sosial støtte fra familie og venner, sammen med en positiv holdning til å oppsøke hjelp, er viktige forutsetninger for å være egnet som fremtidige adoptivforeldre. Dette også fordi sosial støtte og et godt sosialt nettverk også er en indikasjon på en god evne til å knytte til seg andre mennesker.

Skolestøttende atferd

Læringsstøttende atferd er et relativt vidt begrep som rommer handlinger og egenskaper hos foreldre som stimulerer barnas kognitive og utdanningsrelaterte utvikling. Dette inkluderer blant annet hvor ofte foreldrene leser for barna sine, i hvilken grad de deltar på aktiviteter sammen med barna, deres holdninger til lekser og skole, hvilke forventninger de har til barnas skoleprestasjoner, og hvor engasjerte og involverte de er i barnets skolehverdag. Et stort antall studier blant ikke-adoptivfamilier har vist at høyere grad av engasjement og positive holdninger til skole hos foreldre er assosiert med bedre skoleprestasjoner hos barna (for en oversikt, se; Johnson, McGue, & Iacono, 2007a).

Alle studiene vi gikk igjennom i litteraturgjennomgangen rapporterte om en positiv sammenheng mellom foreldrenes forventninger og involvering på den ene siden og barnas skoleferdigheter og skoleresultater på den andre siden, med unntak av én: Det var ingen sammenheng mellom foreldre og barns leseferdigheter. Flere forfattere tolket resultatene dithen at foreldrenes forventninger om at barna skal gjøre det godt på skolen stimulerer barna til mer innsats og mer motivasjon for skolen. Studier viste imidlertid at det var like sannsynlig at påvirkningen gikk den andre veien: Det å ha barn med sterke kognitive evner som er glad i å lese påvirket foreldrenes forventninger til hva barna ville prestere på skolen fremover. Noen studier fant at barnas intelligens og genetiske utgangspunkt forklarte størsteparten av sammenhengen mellom foreldrenes forventninger til barnas utdanningsnivå og skolekarakter hos barna, selv om foreldrenes forventninger hadde en liten tilleggseffekt. Studiene viser dermed at det ikke er grunnlag for å si at foreldrenes engasjement i barnas skolegang er en forutsetning for at barna skal utvikle sine intellektuelle ferdigheter.

Familiemiljø

Under denne overskriften samlet vi studiene som undersøkte effekten av familiens fungering/ samhandling/kommunikasjonsstil på barnets helse og utvikling. Dette omfatter faktorer som måten familiemedlemmer snakker til hverandre og kommuniserer på, deres grad av opplevd samhold og samholdighet, den følelsesmessige tonen de benytter seg imellom, og hvorvidt familieklimaet er preget av støtte eller konflikt og kritikk. Begrepet familiemiljø er videre avgrenset til å ikke inkludere samhandlingsfaktorer som adoptivforeldres oppdragelsesstil eller deres egen tilknytningsevne da dette er sammenfattet under egne overskrifter.

Kvaliteten på miljøet i familien anses å være viktig for barns psykososiale utvikling i kraft av å kunne fungere som en trygg og stabil base for barns utvikling, utforsking, læring og identitetsdannelse. Familiemiljøet er samtidig en viktig indikator på foreldrenes fungering, personlighet og psykiske helse. Det er også grunn til å anta at om barna utvikler vansker så vil dette påvirke hele familien. Det har derfor ved gjennomgang av studiene under denne overskriften vært viktig å vurdere i hvilken grad studiene klarer å identifisere hvem som påvirker hvem, samt i hvilken grad det er familiemiljøet i seg selv som påvirker barnet, eller om dette heller er en indikator på foreldrenes manglende omsorgsevne ovenfor barnet.

Mange av studiene identifisert i litteraturgjennomgangen tyder på at det er en sammenheng mellom kvaliteten på familiemiljøet og adoptivbarns tilpasning og utvikling, spesielt hos de eldre barna. Mer konkret antyder funnene at et godt familiemiljø preget av samhold, positiv følelsesmessig tone, høy grad av støtte, og lite konflikt og sinne mellom familiemedlemmene samvarierer med god tilpasning hos adoptivbarna. Et mer negativt ladet familiemiljø er assosiert med dårligere tilpasning hos adoptivbarna. Et fåtall av studiene omfatter barn ned i førskolealder og her finner man ikke signifikante sammenhenger mellom kvaliteten på familiemiljøet og utfall hos adoptivbarna. Derfor er det vanskelig å konkludere om hvorvidt sammenhengen mellom familiemiljø og utfall hos adopterte gjelder i samtlige aldersgrupper eller primært gjelder for ungdom og unge voksne. Det er også mulig at det foreligger andre bakenforliggende faktorer som påvirker kvaliteten på familiemiljøet, og/eller de observerte sammenhengene mellom familiemiljøet og utfall hos adoptivbarna. Eksempler kan være adoptivforeldrenes egen tilknytningsevne, individuelle kjennetegn og kvaliteten på adoptivforeldrenes parforhold. De ovennevnte studiene gir heller ikke et entydig svar på hvorvidt det er familiemiljøet som påvirker adoptivbarns tilpasning eller om det er egenskaper og trekk ved adoptivbarna som påvirker familiemiljøet.

Flere av studiene tyder på at det foreligger en gjensidig påvirkning mellom kjennetegn i adoptivfamiliens miljø, inklusive egenskaper hos adoptivforeldrene og egenskaper ved adoptivbarna. Vansker som allerede foreligger hos adoptivbarnet før og under adopsjon kan påvirke både det overordnede miljøet i adoptivfamilien og hvordan adoptivforeldrene forholder seg til adoptivbarnet. Dette kan igjen påvirke adoptivbarnets tilpasning og utvikling. Vi fant videre studier som indikerer en interaksjon mellom genetisk sårbarhet hos adoptivbarn og miljøfaktorer i adoptivfamilien. Barn av biologiske foreldre som har psykiske vansker har økt sannsynlighet for selv å utvikle vansker gitt en potensiell genetisk overført sårbarhet. Studien viste at barn med en slik genetisk sårbarhet ble beskyttet mot utvikling av psykiske vansker dersom de vokste opp i et godt familiemiljø. Samtidig viste studiene at disse barna var mer utsatt enn andre barn om de vokste opp i en adoptivfamilie med et dårlig familiemiljø. Samlet sett antyder studiene at familiemiljøet vil være en viktig faktor når man skal vurdere adoptivsøkere.

Oppdragelsesstil

Oppdragelsesstil er et begrep som omhandler hvilke strategier og tilnæringsmetoder foreldre bruker for å sosialisere sine barn og kan grovt sett deles inn i positiv og negativ oppdragelsesstil. Positiv oppdragelsesstil defineres ofte i form av begreper som varme, følelsesmessig tilgjengelighet, sensitivitet og responsivitet. I forskning måles dette ved å se på i hvor stor grad foreldre er støttende, følelsesmessig tilgjengelige, orientert mot barnets behov, forsterker positiv atferd hos barnet og uttrykker positive følelser og kjærlighet til barnet (Darling & Steinberg, 1993). Positive oppdragelsesstiler er antatt å ha en positiv innvirkning på barnets sosialisering ved å bidra til at barnet utvikler et tillitsfullt forhold til andre mennesker, en trygghet på at den sosiale omverdenen vil dem vel og en følelse av selvverd (Ainsworth, 1989; Bretherton, 2005). Negativ oppdragelsesstil defineres ofte i form av begreper som over-reaktivitet og autoritær disiplin. Dette måles gjerne ved å se på hvorvidt foreldre anvender en streng, disiplinær, kontrollerende eller straffende tilnærming til barna, i form av skriking, trusler, kritikk, negative kommandoer til barnet, eller fysisk og verbal aggresjon (Arnold, O'Leary, Wolff, & Acker, 1993; Maccoby, 2000). En slik negativ måte å forholde seg til barnet på er antatt å ha en negativ innvirkning på barnets evne til å regulere følelser, og kan bidra til at barnet internaliserer en fiendtlig og lite tillitsfull holdning til andre mennesker og lærer uheldige og dysfunksjonelle konfliktløsningsstrategier (Bowlby, 1969; Bretherton, 2005; Eisenberg et al., 1999).

Funn i litteraturgjennomgangen tyder på at det er en sammenheng mellom adoptivforeldres oppdragelsesstil og en rekke utfall hos adoptivbarn, som tilknytning, tilpasning og sosial- og kognitiv utvikling. Mer spesifikt virker positiv oppdragelsesstil å være assosiert med god tilpasning og positiv sosioemosjonell utvikling hos adopterte. Mer negativt orienterte oppdragelsesstiler synes å være assosiert med mindre heldig tilpasning og utvikling hos adopterte. Adoptivforeldre som benytter positive oppdragelsesstiler ser ut til å kunne forebygge et negativt utviklingsløp hos barn som i utgangspunktet har en genetisk disposisjon for vansker. Gjennomgangen av litteraturen tyder videre på at det er personlighetsfaktorer hos adoptivforeldrene, spesielt fiendtlighet, som ligger under de observerte sammenhengene mellom adoptivforeldrenes oppdragelsesstil og utfall hos adoptivbarna. Retningen på sammenhengene virker videre å variere noe avhengig av hvilken aldersgruppe man studerer. Mens studiene som omhandler yngre barn finner at påvirkning kan gå både fra adoptivbarnas egenskaper til responser hos adoptivforeldrene og vice versa, finner studiene i ungdomsårene derimot at påvirkning primært synes å gå fra egenskaper hos adoptivforeldrene til atferds- og tilpasningsutfall hos de adopterte ungdommene. Disse studiene kan likevel ikke utelukke at atferd og egenskaper hos adoptivbarna kan ha påvirket eller utløst adoptivforeldrenes responser på et tidligere tidspunkt.

Samlet sett tyder studiene på at det er viktig å kunne forutse hvilken oppdragelsesstil foreldrene vil anvende på sine barn. Dette vurderes ofte ved å få søkerne til å fortelle om sine foreldres oppdragelsesstil, basert på antakelsen om at oppdragerstiler gjerne gjentas i nye generasjoner, uten at empirien nødvendigvis alltid støtter dette. Søkere bes også om å reflektere over hvordan de vil komme til å oppdra sine barn, og dermed antar man at det vil være en sammenheng mellom intensjoner og fremtidig atferd. Det er grunn til å stille spørsmål ved hvor valid denne metoden er, spesielt i lys av studier som viser at foreldre i ulik grad lar seg påvirke av barns atferd. For eksempel fant vi studier som kan tyde på at foreldre med personlighetstrekk som fiendtlighet og redusert tilknytningsevne lettere tyr til negative oppdragelsesmetoder i situasjoner hvor barnet viser vanskelig atferd. I flere av studiene ble fiendtlighet mellom foreldrene benyttet som et mål på foreldrenes generelle fiendtlighet. I forsøket på å predikere fremtidig oppdragelsesstil hos kommende foreldre vil det kanskje være mer effektivt å vurdere foreldrenes tilknytningsevne og relasjonen mellom dem. En måte å få et bedre bilde av søkerens relasjon og handlingsmønstre kan være å intervju en som kjenner søkerne godt, noe som gjøres i flere land.

Foreldrestress

Foreldrestress (parenting stress) er et begrep som omfatter i hvilken grad foreldre opplever stress knyttet til foreldrerollen og i forholdet til sine barn. Ofte anvendes instrumenter som måler foreldrenes usikkerhet i forhold til foreldrerollen, stress og mestring knyttet til barnerelaterte utfordringer, opplevd glede over foreldre-barn relasjonen, problemer med å føle seg tilknyttet barnet, samt opplevde vanskeligheter knyttet til oppdragelse og håndtering av barna. Foreldrestress kan være av særskilt betydning for barns psykososiale utvikling, ettersom høy grad av stress hos foreldre er antatt å påvirke hvordan de forholder seg til og samhandler med barna sine. Eksempelvis kan høyt stressnivå medføre en økt tilbøyelighet til å benytte uheldige og lite konstruktive oppdragelsesstiler preget av kontroll, disiplin og lav sensitivitet til barnas behov (Tan, Gelley, & Dedrick, 2015).

Funn i litteraturgjennomgangen tyder på at det er en sammenheng mellom grad av familie- og foreldrestress hos foreldre og tilpasning hos barna også i adoptivfamiliene: Et høyere stressnivå hos foreldrene er assosiert med høyere grad av internaliserende og

utagerende vansker hos barna. Det var imidlertid foreldrene som rapporterte både om eget opplevd stress og barnas vansker, noe som gjør sammenhengen mer usikker. Vi fant også få studier, primært av familier med små barn. I tillegg antyder flere av studiene at bakenforliggende egenskaper hos foreldrene eller barna, eller ulike mekanismer i foreldre-barn samspillet, muligens kan forklare sammenhengen mellom adoptivforeldrenes stressnivå og adoptivbarnas tilpasning. Spesielt adoptivforeldrenes oppdragelsesstil, da særlig en autoritær væremåte, fremmes som en mulig bakenforliggende variabel som synes å kunne forklare hvorfor, og på hvilken måte, adoptivforeldrenes stressnivå kan påvirke adoptivbarna. Vi kan derfor ikke konkludere med at foreldrestress har en direkte effekt på barna, men studiene tyder på at stress indirekte påvirker barna via hvordan stress påvirker for eksempel oppdragelsesstil. En rekke studier med foreldrestress som utfallsvariabel viser at egenskaper hos adoptivbarn, særlig utagerende vansker, tilknytningsproblemer og utfordrende atferd, er signifikant assosiert med en økning i adoptivforeldrenes stressnivå, både målt samtidig og over tid (Canzi, Ranieri, Barni, & Rosnati, 2017; Chisholm, 1998; Eanes & Fletcher, 2006; Judge, 2003). Det er dermed plausibelt at det kan foreligge en gjensidig påvirkning mellom tilpasningsvansker hos adoptivbarna og adoptivforeldrenes stressnivå, som mulig forsterker hverandre over tid. Det er derfor viktig å vurdere både søkerens generelle stresshåndtering og sørge for at søkerne har noen som kan hjelpe dem til å håndtere utfordringer gjennom barnas oppvekst uten at de blir for stresset. Eksempler er tilgjengelig sosial støtte som familie og/eller nære venner, et godt forhold til en partner, god tilknytningsevne og generelt fravær av fiendtlighet.

Kulturformidling

For at utenlandsadopterte barn skal få kunnskap om og et positivt forhold til egen etnisk og kulturell bakgrunn, er de i begynnelsen ofte avhengige av foreldrenes kulturformidling (Hughes et al., 2006). En slik prosess blir ofte omtalt som etnisk og kulturell sosialisering. Dette kan for eksempel dreie seg om i hvor stor grad adoptivforeldre aktivt tilegner seg kunnskap om sitt adoptivbarns kultur, legger til rette for at adoptivbarnet skal lære om sin etniske bakgrunn, jobber med å styrke barnets etniske identitet og formidler informasjon som støtter dette (Hughes et al., 2006). Å forberede utenlandsadopterte barn på å møte og håndtere stigma, i kombinasjon med å fremme et positivt møte med kulturen og historien til sitt opprinnelsesland, blir i litteraturen ansett som en måte å støtte barnas identitetsutvikling og ruste dem for utfordringer i fremtiden.

Funn i litteraturgjennomgangen tyder på at det er en positiv sammenheng mellom adoptivforeldres kulturelle og etniske sosialisering og ulike tilpasnings- og trivselsutfall hos adoptivbarn. Samtidig er det sprikende funn på tvers av studiene. Dette gjelder spesielt hvorvidt sosialisering har en sammenheng med etnisk identitet hos adoptivbarna, og hvilken type sosialisering (kulturell eller etnisk) som er assosiert med tilpasning hos adoptivbarna. Flere av studiene antyder imidlertid at det å forberede adoptivbarn med et annet opprinnelsesland enn Norge på rasisme og diskriminering, kan dempe den negative effekten av å bli utsatt for dette.

Vi fant for få gode studier til å kunne fastslå i hvilken grad foreldrenes fremming av kulturformidling eller aktive engasjement i barnas opprinnelige kultur i seg selv gagnar barnet. Vi fant videre ingen studier som har undersøkt betydningen av eventuelle rasistiske holdninger hos foreldrene for barnas utvikling. Det er likevel grunn til å anbefale at det å snakke med søkerne om hvordan de skal forberede barna på opplevelsen av annerledeshet og rasistiske kommentarer uansett vil være viktig. Samtalen kan også bidra til å utelukke eventuelle rasistiske holdninger hos søkerne.

Åpenhet og kommunikasjon rundt adopsjon

Åpenhet og kommunikasjon rundt adopsjon kan innebære når, og på hvilken måte, adoptivforeldre informerer barnet om at det er adoptert, i hvilken grad adoptivforeldre fremmer dialog om adopsjonsrelaterte tema, og hvor villige de er til å snakke åpent om adopsjonen og om adoptivbarnets bakgrunn og biologiske familie (Brodzinsky (2005). Det kan også inkludere hvorvidt adoptivforeldre er lydhøre og sensitive for barnets tanker og følelser rundt det å være adoptert, eller i hvilken grad adoptivforeldrene anerkjenner forskjeller som kan foreligge mellom adoptivbarnet og adoptivforeldrene, og eventuelle søsken (Brodzinsky, 2005). Det er også antatt at adoptivforeldre som i stor grad anerkjenner at deres familiekonstellasjon er annerledes fra ikke-adoptivfamilier, også i større grad aksepterer og snakker åpent om adopsjonsrelaterte tema. Et familieklima preget av høy grad av åpen og ærlig dialog rundt disse adopsjonsrelaterte temaene er således antatt å fremme positiv tilpasning hos adoptivbarn og unge, inkludert en positiv identitetsutvikling og selvfølelse (Grotevant, Perry, & McRoy, 2005; Hawkins et al., 2007).

Generelt indikerer studiene som ble gjennomgått at det foreligger en sammenheng mellom mer åpenhet og kommunikasjon om adopsjonsrelaterte temaer i adoptivfamilien og adoptivbarnas tilpasning, selvfølelse og identitet. Samtidig er det flere av studiene som antyder at det ikke nødvendigvis er den åpne kommunikasjonen rundt adopsjon i seg selv som er av betydning for hvordan det går med adoptivbarna. De peker på at åpenhet kan reflektere tilstedeværelsen av et positivt familieklima og god tilknytning mellom foreldre og barn, som videre kan gi større rom for å snakke åpent om adopsjon innad i familien. Derfor er det like viktig å undersøke i hvilken grad søkefamiliene har en kultur hvor de kan lytte og snakke åpent med hverandre, som å undersøke i hvilken grad søkerne tenker de vil snakke åpent med barna om adopsjonsrelaterte tema. Det er likevel grunn til å anbefale at det å snakke med søkerne om hvordan de skal forberede barna på opplevelsen av annerledeshet og rasistiske kommentarer uansett vil være viktig. I tillegg anbefaler FHI å avdekke eventuelle rasistiske holdninger hos søkerne.

Foreldres (realistiske) forventninger til barnets utvikling og ferdigheter

Det at adoptivforeldrene skal ha realistiske forventninger til barnet har vært et viktig tema ved godkjenning av adoptivsøkere og forberedelsen til adopsjon. Begrepet defineres ofte som foreldrenes forventninger om deres adopterte barns' sosiale, kognitive, utdanningsrelaterte og atferdsmessige utviklingspotensial (Viana & Welsh, 2010). Dette begrepet favner bredt og kan også inkludere forventninger om i hvilken grad barnet vil ha midlertidige problemer (utfordringer knyttet til søvn, hygiene eller mat), eller utvikle mer alvorlige og kroniske medisinske eller psykiske problemer, som funksjonshemming eller atferdsvansker. Det kan også omfatte forventninger til i hvilken grad barnet vil knytte seg til adoptivforeldrene, eller passe inn i familien og i vennekretsen. Realistiske forventninger hos adoptivforeldre til hvilke livsaspekter adoptivbarna vil mestre og ikke mestre, er et viktig tema i screeningintervjuene, sannsynligvis fordi det antas at slike forventninger kan ha betydning for hvordan det går med adoptivbarna. Det er realistisk å forvente at adoptivbarn ofte vil ha vansker av ulik art i større eller mindre grad og at realistiske forventninger gjør adoptivforeldrene bedre mentalt forberedt. Det var få studier som så på sammenhengen mellom graden av realistiske forventninger og utviklingen til barna, men de er likevel verdt å merke seg. To av studiene omhandlet forventninger hos adoptivforeldrene før adopsjonen fant sted om at barna hadde vansker. Den ene studien viste at om mødrene visste at barnet hadde spesielle behov forut for adopsjon, var det ingen korrelasjon mellom spesielle behov hos barnet og symptomer på depresjon hos adoptivmor. Hvis adoptivmor derimot hadde fått informasjon om at barnet

ikke hadde spesielle behov, men det etter adopsjon likevel viste seg at barnet hadde spesielle behov, var det større sannsynlighet for at mor hadde depressive symptomer. Dette kan tyde på at det er viktig med realistiske forventninger, eller kanskje heller sikker kunnskap, om hvilke vansker man kan forvente at barnet har. Den andre longitudinelle studien viste at foreldre som før de adopterte forventet å få barn med problemer, opplevde mer stress forbundet med foreldrerollen. Dette kan antagelig forklares ved at det å forvente problemer antagelig er et indirekte mål på nevrotisme og engstelse, og dermed ikke bør karakteriseres som realistiske forventninger, men heller egenskaper ved foreldrene.

Samlet sett viser studiene at «realistiske forventninger» er et vanskelig begrep som krever mye mer komplekse studier enn det vi har funnet før man kan si noe om det er bra eller ikke for barna at foreldrene har realistiske forventninger. For hva er realistisk å vente seg? Om man på bakgrunn av tidligere studier forventer problemer hos barna og svake skoleprestasjoner, kan dette påvirke barna negativt. Om man derimot har urealistiske positive forventninger kan dette også være negativt for barna. Tidligere har vi presentert studier som viser at urealistiske positive forventninger til barna kan være assosiert med økt risiko for selvmord og psykoser hos adoptivbarn med foreldre med svært høy utdanning. Det er derfor positivt dersom foreldrenes forventninger om barnas skoleprestasjoner styres av barnas evner heller enn foreldrenes egenskaper. På den annen side; der foreldrene i for stor grad forventer at barnet vil få vansker eller streve på skolen, selv om dette kanskje er realistisk, kan indirekte være et tegn på at foreldrene er pessimistiske og depressive, noe som ikke er positivt for barna.

Det er viktig at søker ikke forventer mer av barnet enn det kan innfri. Et adoptivbarn kan være preget av tidligere erfaringer, noe som kan gå utover psykisk helse, måten å handle og reagere på og kognitive ferdigheter. Studier viser at mye kan bedres etter at barnet har kommet til et godt og stabilt hjem. Det er imidlertid slik at barnet også kommer med en genetisk disposisjon for mulige psykiske vansker, personlighet, og akademiske ferdigheter. Derfor er det viktig å undersøke om foreldrene er forberedt på og kan håndtere at barna kan få psykiske vansker de kanskje må lære seg å leve med resten av livet, eller eventuelt store akademiske utfordringer. Man bør rekruttere foreldre som har tro på hva barna kan få til, innenfor deres forutsetninger, og som formidler dette til barna. Her er søkerens tendens til å være støttende og lydhøre, og ikke kritisk og fiendtlig, viktige indikasjoner. Det er også fravær av et nevrotisk og pessimistisk livssyn som gjør at de styres av redselen og forventningen om at ting kommer til å gå galt.

2.1.2 Oppsummering og diskusjon

Vi har sett på det forskningsmessige grunnlaget for de indikatorene som benyttes ved vurdering av foreldre til adopsjon. Vurderingsindikatorene som anvendes på adoptivsøkere i Norge i dag er stort sett de samme i land det er naturlig å sammenligne seg med (se Kapittel 2.2). Temaene som går igjen er økonomi og boforhold, fysisk og psykisk helse, rus og avhengighet, erfaringer fra egen barndom, foreldreegenskaper og oppdragelsespraksis, relasjon til eventuelle biologiske barn i familien, relasjon til partner og venner/familie, sosial støtte og ressurser i omgivelsene, stabilitet og kvalitet i ekteskapet/samboerforholdet, rasisme og kulturforståelse/holdninger til ivaretagelse av adoptivbarnas opprinnelige kultur, motivasjon for å adoptere, realistiske forventninger om hvilke utfordringer barnet har, og villighet til å søke hjelp.

Andre litteraturgjennomganger

Det er få land som har gjort en systematisk litteraturgjennomgang for å vurdere om det er empirisk støtte for valget av vurderingsindikatorer slik vi har gjort, men det er noen unntak. I Belgia har man publisert en rapport hvor man har gått igjennom relevant litteratur for å komme frem til vurderingsindikatorer for adoptiv søkere som har støtte i nyere forskning (Stroobants, Vanderfaillie, & Put, 2011). Deretter har man laget en guide til hvordan man skal vurdere foreldrene, basert på anbefalingene, som deretter har vært gjenstand for en evaluering (Tang & Vliegen, 2013). Ingen av rapportene er oversatt til engelsk. Ved hjelp av google translate har vi oversatt noe av teksten. Konklusjonen overlapper i hovedsak med hva vi har kommet frem til. En inkludering av generell litteratur har gjort at de har utvidet listen med følgende indikatorer: 1) vurdering av søkerens personlighet, som inkluderer empati, selvtillit, mestringsstrategier, følelse av kontroll (men ikke overdreven kontroll) og evne til å legge vanskeligheter bak seg, 2) Vurdering av antisosiale personlighetstrekk, spesielt ved tidligere vandell og rusproblemer, 3) Anbefaling om at adoptiv søkerne bor i et etnisk integrert samfunn med en jevn fordeling av ulike etniske grupper, 4) Direkte krav til boområdet: God sosial kontroll, lite ungdomskriminalitet, trygt bomiljø, og 5) Vurdering av fare for overgrep, mishandling.

I Australia har man på samme vis publisert en rapport basert på et systematisk søk av litteratur om sammenhengen mellom egenskaper ved adoptivforeldrene og adoptiv barnas utvikling (Passmore, Feeney, & Jordan, 2009). Rapportens konklusjoner sammenfaller med vår litteraturstudie. Litteraturgjennomgangen tyder på at det er empirisk støtte for følgende vurderingsindikatorer (av foreldrene): Realistiske forventninger til hva barnet kan oppnå (spesielt akademiske prestasjoner), oppdragelsesstil preget av sensitivitet ovenfor barnets behov, positive holdninger til adoptiv barnas kulturelle bakgrunn, et stabilt og godt forhold mellom partnerne, sosial støtte fra familie og venner, og fravær av psykopatologi. Forfatterne fant ikke nok studier til å konkludere når det gjaldt betydningen av motivasjon for å adoptere, søkerens alder og fysiske helse, betydningen av erfaringer i egen barndom, i hvilken grad det var positivt eller negativt for barna å bli adoptert sammen med søsken eller inn i en familie med andre barn, eller konsekvenser av å adoptere alene (ikke i par). Forfatterne konkluderte likevel med at studier av ikke-adoptivfamilier indikerte at sistnevnte vurderingsindikatorer allikevel skulle benyttes.

Det er relevant i denne sammenheng å nevne en litteraturgjennomgang som oppsummerer hva genetisk informative studier kan fortelle oss om betydningen av egenskaper ved foreldre for barnas utvikling (Eshim S. Jami, Anke R. Hammerschlag, Meike Bartels, & Christel M. Middeldorp, 2021). Litteraturgjennomgangen inkluderer studier av adoptivfamilier publisert etter 2014 og viser følgende egenskaper ved adoptivforeldrene som var assosiert med internaliserende og eksternaliserende vansker, og (svake) akademiske prestasjoner hos adoptiv barna: Foreldrenes psykiske helse (angst og depresjon), negativ oppdragelsesstil (spesielt kritiske foreldre og tendensen til å over reagere), antisosial atferd og kriminalitet, og rusmisbruk. På samme vis som i vår gjennomgang poengterer forfatterne at studiene ikke kan konkludere med i hvilken grad det er foreldrene som påvirker barna, eller motsatt. Men der dette er testet, finner man enten en gjensidig påvirkning, eller også at all sammenheng mellom foreldre og barn kan forklares av barnas påvirkning på foreldrene. Om barna har psykiske vansker eller aggressive tendenser, påvirker dette både foreldrenes psykiske helse og hvordan de velger å oppdra barnet. Forfatterne konkluderer også med at studiene viser at en positiv oppdragelsesstil kan hindre en negativ utvikling hos adoptiv barn som har en genetisk

sårbarhet for å utvikle vansker.

Betydningen av personlighet

De siste årene er det flere land som har inkludert personlighetstrekk i vurderingen av adoptivsøkere, som empati, fleksibilitet og tilknytningsevne. Personlighet refererer til den unike og særegne måten individer tenker, føler og handler på som har en genetisk forankring og som er relativt stabil over tid og på tvers av situasjoner (Caspi & Shiner, 2006; McCrae et al., 2000; Specht, 2017). Personlighetstrekk antas å påvirke hvordan vi opplever, tolker, møter og responderer på omverdenen og har dermed innvirkning på en rekke viktige områder i livet, inkludert psykisk og fysisk helse, utdanningsforløp og karrierevalg, livslengde samt tilknytningsstil og sosial samhandling med andre (John & Gross, 2004; Moffitt et al., 2011; Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi, & Goldberg, 2007; Shiner, Masten, & Roberts, 2003). Slike personlighetstrekk er egenskaper som ligger til grunn for mange av vurderingsindikatorerne som brukes ved adopsjon, som oppdragelsesstil, kvaliteten på parforholdet, sosial støtte, osv. Det er derfor gode grunner til å innlemme personlighetstrekk i listen over vurderingsindikatorer.

Tilknytningsstil og grad av aggresjon og fiendtlighet

Både vår og den belgiske litteraturgjennomgang peker på at mange av handlingsmønstrene man ønsker å vurdere bunner i noen grunnleggende personlighetstrekk hos foreldrene som går igjen, og da spesielt tilknytningsstil og fiendtlighet. Ved å måle søkernes tilknytningsstil og grad av aggresjon og fiendtlighet mot nåværende og tidligere partnere vil man kanskje bedre kunne predikere søkernes fremtidige atferd ovenfor barnet enn å vurdere søkernes holdninger og refleksjoner rundt hva de tror de kommer til å gjøre i fremtiden. Kanskje vurderer man her mer intelligens og refleksjonsevne heller enn fremtidig oppdragelsesstil. En trygg tilknytningsstil og fravær av fiendtlighet har vi i litteraturgjennomgangen vår sett at er assosiert med stabile og trygge parrelasjoner, positive oppdragelsesstiler, godt familiemiljø og mye sosial støtte, noe som kanskje er de viktigste forutsetningene for å ivareta et barn.

Gjensidig påvirkning mellom foreldre og barn: Betydningen av mestring og stresshåndtering

Vår litteraturgjennomgang og de tre litteraturstudiene referert over viser at de fleste av dagens norske og internasjonale vurderingsindikatorer er forankret i forskning om hvilke egenskaper ved adoptivforeldre som kjennetegner familiene hvor barna har en positiv utvikling og få vansker. Forskingen kan imidlertid ikke si noe sikkert om det er en årsakssammenheng mellom egenskapene hos adoptivforeldre og hvordan det går med barna. Ofte vil en eventuell assosiasjon mellom foreldre og barns egenskaper eller atferd forklares ved at barna påvirker foreldrene eller at foreldre og barn påvirker hverandre gjensidig og forsterke hverandre (Bårdstu et al., 2021). Det kan se ut som om den største potensielle negative effekten av foreldrenes atferd ovenfor barnet er i hvilken grad foreldrene reagerer uhensiktsmessig overfor barnet når det viser vansker eller en mer utagerende væremåte, spesielt i situasjoner og perioder hvor foreldrene opplever mye foreldrestress. Dette kan det være vanskelig å forutsi. Det vil likevel være nyttig om man kan fokusere mer på mestring og stresshåndtering hos søkerne. Studier har vist at det er flere egenskaper ved adoptivforeldre som synes å påvirke i hvilken grad foreldrene takler å møte barnas vansker uten for mye stress som kan gå ut over omsorgsevnen ovenfor barnet: Høy alder ved adopsjon, depressive symptomer, dårligere kvalitet på parforholdet, mindre sosial støtte fra venner og familie, og problemer med tilknytning til barna (Belanger, Copeland, & Cheung, 2008; Canzi et al., 2017; Chisholm, 1998; Eanes & Fletcher,

2006; Goldberg & Smith, 2014; Judge, 2003, 2004; Nadeem et al., 2017; Salcuni, Miconi, Altoe, & Moscardino, 2015; Sanchez-Sandoval & Palacios, 2012; Tornello, Farr, & Patterson, 2011; Viana & Welsh, 2010). Det kan være nyttig å kartlegge personlighetstrekk som inngår i instrumentene som brukes for å måle foreldreskapsstress, som selvtillit, følelse av kontroll over livet sitt, uro og stress forbundet med forelderrollen, og igjen: Tilknytningsevne.

En utfordring ved vurdering av adoptiv søkere er å kunne forutse ikke bare hvordan søkerne vil motta barnet, men også hvordan adoptivforeldrene vil fungere som omsorgspersoner gjennom barnets oppvekst. For mange av familiene innebærer dette omsorg av barn som klarer seg godt på skolen, fungerer fint sammen med venner, og har god psykisk og fysisk helse. Men vi vet at mange av foreldrene opplever store påkjenninger på grunn av psykiske og fysiske vansker hos barna. Dette gjør at alle søkere bør utredes med tanke på hvordan de vil tåle slike utfordringer. Det er ikke realistisk at man vil klare å fullt ut forutsi hvem som klarer å være gode foreldre for barna sine, særlig ikke dersom de havner i en langvarig krise som ikke ligner noe de har opplevd tidligere.

Forslag til liste over vurderingsindikatorer basert på studiene presentert i rapporten

Basert på resultatene fra vår egen litteraturgjennomgang (Bårdstu et al., 2021) og tilsvarende litteraturgjennomganger innenfor adopsjonsfeltet (E. S Jami, A. R Hammerschlag, M Bartels, & C. M Middeldorp, 2021; Passmore et al., 2009; Stroobants et al., 2011; Tang & Vliegen, 2013) har vi laget en oversikt over vurderingsindikatorer som har støtte i forskning om adoptivfamilier, generell kunnskap om barns utvikling og behov, og indikatorer for gode foreldre-barn relasjoner, se tabell 2. En mer utfyllende beskrivelse av de ulike vurderingsindikatorerne og hvordan de kan kartlegges i et intervju er presentert under anbefalingene i tabell 4. Beskrivelsen baserer seg på at det er noen grunnleggende personlige egenskaper som ligger til grunn for de fleste vurderingsindikatorerne ved adopsjon, som evnen til empati, selvbilde, tilknytningsevne, og psykisk helse for å nevne noen. Disse egenskapene er ofte bestemmende for i hvilken grad søkerne har et stabilt parforhold, utviser gode oppdragelsesstrategier, har et sosialt nettverk som kan mobilisere ved behov, og også i hvilken grad de klarer å være sensitive for mer adopsjonsrelaterte temaer. Det kan imidlertid være utfordrende å måle de mer grunnleggende personlighetstrekkene og tilknytningsevnene ved et vanlig intervju som er avhengig av hva søkerne velger å fortelle. Det kan da være lettere å vurdere hvordan søkerens grunnleggende egenskaper kommer til uttrykk via kartlegging av egenskaper ved familien og de adopsjonsspesifikke vurderingsindikatorerne.

De ulike vurderingsindikatorerne er ikke ment som egenskaper hvor alle søkere bør vise fremragende egenskaper for å bli godkjent som adoptivforelder. De er ment mer som en oversikt over ulike egenskaper vi vet er forbundet med gode oppvekstvilkår for barna. Det å fungere litt mindre optimalt på en av egenskapene kan kompenseres ved en annen. Egenskaper ved familiene kan delvis påvirkes av veiledning og kunnskap, og søker kan jobbe med å ytterligere styrke familiens tilgjengelige ressurser. Det er imidlertid noen egenskaper som bør føre til at søknaden om forhåndsgodkjenning bør avslås. Dette blir kommentert i tabellen under anbefalingene i tabell 4.

Tabell 2: Oversikt over vurderingsindikatorer: Generelle og adopsjonsspesifikke**A: Genrelle vurderingsindikatorer (ikke adopsjons-spesifikke)**

Egenskaper ved søker	
	Empati og mentalisering
	Selvbilde
	Følelse av kontroll
	Tilknytningsevne
	Evne til bearbeiding av livshendelser
	Resiliens og motstandsdyktighet mot stress
	Psykisk helse og livskvalitet
	Alder
	Psykiske lidelser
	Avhengighetsproblemer
	Alvorlig sykdom, kronisk sykdom.
	Antisocial personlighet (-sforstyrrelse)
Egenskaper ved familien.	
	Enslig søker
	Familiemiljø
	Tilpasningsevne, fleksibilitet
	Konflikt, konflikthåndtering
	Parforhold
	Partnervold, familieviolens
	Foreldrestress
	Foreldreegenskaper/Oppdragelsesstil
Egenskaper ved omgivelsene.	
	Økonomi
	Utdannelse
	Boligstandard
	Sosiale nettverk

2.2 Vurdering av adoptivsøkere: Praksis i de nordiske landene

Undersøkelsen av hvordan man vurderer adoptivsøkere i de nordiske landene kan gi nyttig innsikt i deres praksiser eller erfaringer som er relevante for praksis i Norge. Selv om vårt hovedfokus har vært på indikatorene for vurderingen av adopsjonssøkerne og oppfølging av familiene etter adopsjon, ga kartleggingen oss informasjon om hele

utredningsprosessen. Vi velger derfor å presentere hele screeningsprosessen i de nordiske landene. Det er vårt ønske at denne oversikten kan komme til nytte for alle som er interessert i ulike praksiser for hvordan man kan organisere og gjennomføre screening av adoptiv søkere, selv om våre anbefalinger vil avgrenses til selve vurderingen av søkerens egnethet.

Hele den samlede prosessen hvor man vurderer om søkerne bør bli godkjent som adoptivforeldre benevnes ofte som adopsjons**screening**. De som står for den praktiske gjennomføringen av vurderingen av adoptivsøkerne (intervju, hjemmebesøk og skriving av rapport) kaller vi her **utredere**. Utredernes jobb er å innhente relevant informasjon om søkerne for å kunne vurdere deres egnethet. Med **intervju** refererer vi til situasjonen hvor utrederne møter søkerne og stiller spørsmål for å innhente relevant informasjon. Intervjuene kan være løselig organisert slik at de oppfattes som en samtale (men hvor svarene blir nedtegnet), eller utrederne kan benytte seg av mer strukturerte intervjuguider med faste spørsmålsformuleringer. **Standardiserte systematiske kartleggingsverktøy** betyr her spørreskjemaer eller intervjuer hvor det er faste spørsmålsformuleringer **samtidig som** svarene vurderes etter på forhånd fastsatte kriterier. Med **spørreskjemaer** mener vi en liste over spørsmål hvor søkerne fyller ut på egenhånd ved å krysse av på faste svarkategorier.

Metode

Kartleggingen av de nordiske landenes vurderingspraksis av adoptivsøkere ble gjort gjennom søk på offisielle nettsider og e-post korrespondanse og telefonsamtaler med statlige og kommunalt ansatte. Vi har laget en oppsummerende tabell for å forenkle sammenlikning og gi en oversikt, før vi beskriver metodene i de ulike landene mer i detalj. I de ulike landene beskrives kravene fra staten på litt forskjellige måter. I tabellen og oppsummeringen er det etterstrebet å bruke samme ord om ekvivalente tilbud/krav for å lette sammenlikningen, for eksempel brukes adopsjonsforberedende kurs om det som kalles kurs, veiledning, rådgivning og undervisning i andre land. Post adoption services (PAS) er en betegnelse som brukes på tiltak rettet mot foreldrene etter at de har mottatt adoptivbarnet.

Tabell 3: Oversikt over adopsjonsprosessen i de nordiske landene

Element i utredning	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Tidspunkt for adopsjonsforberedende kurs	Mellom formidlingsbekreftelse fra adopsjonsorganisasjon, og screening	Mellom informasjons-samtale og screening	Mellom kontroll av formelle krav hos statsforvaltningen og screening	Utredning og kursing gjøres samtidig, i en samtale om søkeres ressurser og adoptivbarns behov	Mellom rådgivende samtale og kontroll av formelle krav før screening
Kursets oppsett	To helger med fire ukers mellomrom	28-30 timer på kveldstid over seks uker	To helger	Samtidig som intervju, 6-7 timer med 1-2 måneders mellomrom	28 timer over tre dager, med 4-5 ukers pause mellom

Element i utredning	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Kurset holdes av	En mann og en kvinne, minst en har personlig erfaring med adopsjon	Atferds- vitenskapelig utdannet, kompetanse om adopsjon, gruppeledelse og pedagogikk	En mann og en kvinne med psykologifaglig bakgrunn	Sosialarbeider, samme som screener	Sosialarbeider i adopsjons-organisasjonen og en med relevant utdanning og personlig erfaring med adopsjon
Hoved- vurderingen/ screening gjøres av	Fosterhjems- tjenesten i regionen, skal ha relevant kompetanse og erfaring	Saksbehandler i sosial-tjenesten med passende utdanning og erfaring	Saksbehandler hos stats- forvaltningen	Sosialarbeider, samme som gir kurs/ adopsjons- rådgivning	Lisensiert sosial- arbeider i barneverns- tjenesten i regionen
Personlig intervju	«En eller flere samtaler» Adopsjons- forskriften § 4	Ikke fast antall samtaler, men bør være minst én samtale med hver av søkerne enkeltvis, i tillegg til minst én samtale med paret sammen, samt minst ett hjemmebesøk	Veiledende: To samtaler hos stats- forvaltningen og en hjemme hos søker, hver på to til tre timer	Samtidig som kurs, 6-7 timer med 1-2 måneders mellomrom	Fem samtaler og fire hjemmebesøk anbefales
Nasjonale registerdata (helse, vandel, osv.)	Sendes inn med søknad	Innhentes av screener	Innhentes av stats- forvaltningen til kontroll av formelle krav	Innhentes av screener	Sendes inn med søknad
Spørreskjema som hjelpemiddel i screeningen	Benyttes ikke	Benyttes ikke	Benyttes ikke	Benyttes ikke	Benyttes ikke
Referanse- personer	Benyttes ikke	Søker må oppgi minst en	Benyttes ikke	Benyttes ikke	Benyttes ikke
Konkluderer rapporten	Nei, men utreder kommer med sitt inntrykk	Utreder kommer med anbefaling i separat dokument		Ja	Regional barneverns- komité kommer med anbefaling

Element i utredning	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Rapporten vurderes av	Regionalt kontor i Bufetat, ikke formelt krav til kompetanse for saksbehandler	Sosial-nemnden i kommunen, ikke formelt krav til kompetanse for saksbehandler	Regionalt adopsjons-samråd, ikke formelt krav til kompetanse for saksbehandler	Adopsjonsstyret, ekspertråd som nedsettes av staten	Adopsjons-kommisjonær
Godkjenningens varighet	Tre år, kan utvides med to år	Tre år, kan ikke utvides	Fire år, kan utvides i to år	To år, kan utvides	Tre år, kan utvides ett år, kun for ett land
Oppfølging i ventetiden	Ikke statlige krav, følges opp av adopsjons-organisasjon	Tilbud om påbygg til kurset der informasjonen tilpasses det konkrete barnet de er tildelt	Tre timer obligatorisk rådgivning innen de siste tre månedene før de henter barnet	Ikke statlige krav, følges opp av adopsjons-organisasjonen	Obligatorisk med fire timer foreldre-veiledning, tilbud om veiledning til nettverket og møte med tidligere adoptiv-familier
Oppfølging i ettertid	Skal følges opp av vanlig tjeneste-apparat. Opprettet en koordinator og nettside om hvor man kan søke hjelp.	Sosialtjenesten har særlig ansvar for adopterte. Ulike PAS-tiltak i de fleste kommuner	Tre timer obligatorisk rådgivning rett før og etter adopsjon og tilbud om 20 timer familie-rådgivning, med mulighet for å søke om mer.	Adopsjons-rådgiveren og adopsjons-organisasjonen har ansvar for å følge opp adoptiv-familien. Adopsjonsrådgivere i privat regi.	Familien kontaktes etter en uke, en måned og tre måneder, det er tilbud om gratis veiledning hele livet ved behov

2.2.1 Norge

Formelle krav til søkere

Bare personer som har fylt 25 år, kan adoptere eller få forhåndssamtykke til å adoptere. En søker som har fylt 20 år, kan likevel adoptere eller få forhåndssamtykke til å adoptere dersom søkeren og barnet allerede er sterkt knyttet til hverandre.", jf. adopsjonsloven § 8. Det er ingen øvre aldersgrense. Gifte, samboere og enslige kan alle adoptere. Ektefeller og samboere som søker om å adoptere barn skal, som hovedregel, ha bodd sammen de siste 2 årene, jf adopsjonsforskriften § 1 andre ledd. Både par av likt og ulikt kjønn kan adoptere.

Generell prosedyre

Fase 1 og 2: Formidlingsbekreftelse og adopsjonsforberedende kurs. Søker tar først kontakt med en av de tre adopsjonsorganisasjonene som er godkjent av Bufdir. Organisasjonen gir søker informasjon om hvilke krav ulike land har til søkere, og gir råd om hvilket land og aldersgruppe søkeren kan/bør søke på. Søker får deretter en formidlingsbekreftelse fra organisasjonen, som dokumenterer at organisasjonen påtar seg å formidle adopsjon til denne søkeren. Deretter må søker gå på adopsjonsforberedende kurs i regi av Bufdir. Kurset er obligatorisk og må være gjennomført før de kan søke om utenlandsadopsjon.

Fase 3: Søknad, kontroll av formelle krav. Søker sender inn søknad til Bufetat med de vedleggene som er beskrevet under «screening». Dersom det ikke er åpenbare grunner til at søkerne ikke tilfredsstiller de formelle kravene, sendes søknaden videre til fosterhjemstjenesten. Saksbehandler kan bruke rådgivende lege/psykolog for å få vurdert konsekvensene av foreldrenes helse for deres omsorgsevne. Dette kan i enkelte tilfeller resultere i avslag før søkerne er utredet, søkerne har da vanlig klagerett.

Fase 4: Screening. Screeningen består av 3 deler: 1) Vurdering av foreldreopplysninger som inngår i søknaden, 2) utfylling av spørsmål i forkant av samtaler med utreder, og 3) hjemmebesøk og intervjuer med utreder. På bakgrunn av de tre delene av screeningene utarbeides det en sosialrapport. Punktene er nærmere beskrevet under.

Hvilken informasjon som må legges ved søknaden beskrives i § 3 av adopsjonsforskriften. Det kreves fødselsattest, legeerklæring, uttømmende politiattest, utskrift fra siste skatteoppgjør, vigselsattest og dokumentasjon av statsborgerskap. Søker skal også skrive en egenerklæring om sin helse som må være mindre enn 6 måneder gammel. Dersom søker har hatt eller har psykisk eller fysisk sykdom eller vansker, skal behandlingen og søkers vurdering av behandlingen beskrives. Søker skal også skrive en vurdering av egen helsesituasjon på kort og lang sikt og hvordan helsesituasjonen kan påvirke omsorgsevnen.

I forkant av første samtale med utreder må søker sende inn svar på en rekke spørsmål. Svarene brukes aktivt i samtaler, i tillegg til informasjon gitt i søknadsskjemaet og vedleggene. Utover dette innhentes informasjon via ustrukturerte intervju/samtaler, hvor man gjennomgår alle temaene beskrevet i "Saksbehandlingen ved søknad om innenlands- og utenlandsadopsjon" utgitt i august 2020. Rundskrivet erstattet Bufdirs tidligere Veiledningsheftet (Q-1246). I tillegg bruker utreder sin sosialfaglige kompetanse for å få frem søkers refleksjoner rundt de ulike temaene. Dvs. at selv om alle støttespørsmålene skal gjennomgås, må man bygge ut med egne oppfølgingsspørsmål for å få svar på det som er nødvendig. Temaer som vektlegges i samtaler er: Utdanning, økonomi, vandel, psykisk og fysisk helse, motivasjon for å adoptere, oppvekst, ekteskap og nåværende familie, nettverk, sosial støtte, kunnskap om og forståelse av adoptivbarns behov. Adopsjonsloven gir ingen generell oversikt over hvilke aspekter adopsjonsmyndighetene skal legge vekt på i vurderingen av om en adopsjon er til barnets beste. Dette er fordi ulike hensyn kan være relevante i ulike saker og kunnskap om hva som er best for barn endres over tid. Barne- og familiedepartementet har frem til nylig gitt veiledning til vurderingene av barnets beste gjennom rundskriv med retningslinjer, en oppgave som nå er tillagt Bufdir. Rundskriv Q-1245 inneholder retningslinjer for saksbehandling ved søknad om innenlands- og utenlandsadopsjon, der §8.6 omhandler barnets beste i internasjonale adopsjoner. Rundskriv Q-1246 gir veiledning for utarbeidelse av sosialrapport ved søknad om adopsjon.

Fosterhjemstjenesten i Bufetat utarbeider til slutt en sosialrapport basert på søknaden og inntrykk etter møter med søker. To av Bufetat's regioner har nå egne team som utreder søkere og utarbeider sosialrapport (region øst og region sør). Vanligvis er det mellom fire og seks samtaler med søkere, og utredningsprosessen tar tre-fire måneder.

Fase 5: Forhåndsgodkjenning. Rapporten sendes til regionskontoret til Bufetat. Det er ikke formelle krav til kompetanse for de som vurderer rapportene. Hovedsakelig er det personer med sosialfaglig utdanning som vurderer i Bufetat-regionene og jurister som vurderer eventuelle klagesaker. Ved behov kan regionen etterspørre mer informasjon, for eksempel nyere legeattester eller innsyn i rettsaker. Før vedtak fattes kan saksbehandler benytte rådgivende lege/psykolog for å få råd om søkers helse. Basert på all informasjonen vedtar regionskontoret om forhåndsgodkjenning skal gis eller ikke. Forhåndsgodkjenningen gjelder barn under fem år og opp til to søsken som begge er under fem år, men omfatter ikke en godkjenning til å adoptere barn med spesielle omsorgsbehov. Forhåndsgodkjenningen er gyldig i tre år, og kan forlenges med ytterligere to år etter søknad. Da må det fylles ut et eget skjema, og hentes inn ny legeerklæring, utfyllende politiattest og ligningsattest. Dersom søker har fått tildelt et konkret barn kan forhåndsgodkjenning utvides ytterligere til barnet kommer til Norge.

Fase 6: Venting. I ventetiden er det ingen formelle krav til oppfølging, men søkere har som regel nær kontakt med sin adopsjonsorganisasjon.

Adopsjon av barn med spesielle behov

Dersom søker blir tildelt et eller flere barn som anses å være del av gruppen av barn som har spesielle behov, må de få en tilleggs godkjenning fra Bufdir før adopsjonen kan gjennomføres. Barn med spesielle omsorgsbehov omfatter ett barn, eller to søsken, som har fylt fem år, søskengrupper med mer enn to barn, eller barn med kjente psykiske eller fysiske lidelser eller vansker. Som grunnlag for beslutningen må Bufdir innhente en uttalelse fra det faglig rådgivende utvalget for adopsjonssaker. Utvalget består av ni utvalgsmedlemmer som rullerer på å møte. I hvert møte stiller tre medlemmer hvor begge yrkesgrupper er representert: En lege som er spesialist innen allmennmedisin og to psykiatere/psykologer, hvorav en har erfaring med å jobbe med barn og en har erfaring med å jobbe med voksne. Utvalget skal vurdere familiens forutsetninger for å adoptere barnet eller barna som vurderes plassert hos søkeren eller søkerne. Uttalelsen tillegges stor vekt når Bufdir skal avgjøre om tildelingen godkjennes eller ikke. Det er ikke mulig å klage på vurderingen til det faglig rådgivende utvalget eller Bufdir's beslutning.

Innhold i adopsjonsforberedende kurs

Bufetat Region Øst har ansvar for å utforme og tilby adopsjonsforberedende kurs. Det er fastsatt i adopsjonsforskriften §2 at kurset skal gi adopsjonssøkere innsikt i hva som kreves av dem som adoptivforeldre, forberede dem til å ta imot barn og til å møte eventuelle utfordringer under barns oppvekst. Kurset går over to helger, med fire ukers mellomrom. Formen veksler mellom innledninger, gruppediskusjoner, paroppgaver og film. Det er fokus på refleksjon, og nettsidene opplyser at «det stilles flere spørsmål enn det gis svar». Første kurshelg handler først og fremst om motivasjon for adopsjon, i tillegg til søkers og adoptivbarns bakgrunn og tilknytningshistorie. Andre kurshelg er mer fremoverrettet og handler om ventetiden, hentereisen, den første tiden med barnet og livet som adoptivfamilie. Hvert kurs har to kursledere, en kvinne og en mann. Minst en av kurslederne har personlig erfaring med adopsjon, enten som adoptivforelder eller som adoptert.

Oppfølging etter adopsjon

Det er ingen egen instans som har ansvar for oppfølging av adopterte. Adopterte får tilbud gjennom helse- og støttetjenester på lik linje med andre barn og familier.

Helsedirektoratets rundskriv IS-6/2013 sier at det er adoptivforeldrenes ansvar å ta kontakt med helsestasjonen eller skolehelsetjenesten og informere om at barnet har kommet til landet. Adopsjonsforeningene skal orientere foreldrene om dette ansvaret. Dette betyr at adopterte kommer inn i det standard oppfølgings- og vaksineringsløpet som andre barn, men at foreldrene selv har ansvar for å kontakte helsestasjonen. Et temaskriv om adopterte barns helse skrevet av adopsjonsorganisasjonene i Norge, Adopsjonsforum og InorAdopt (2013), påpeker at helsestasjonen er en sentral instans i oppfølgingen av adopterte barn. De hevder imidlertid at det er store variasjoner i tilbudet og at de ansatte ikke alltid har kunnskap om adoptertes spesielle utfordringer og behov. Det er nylig opprettet en koordinatorstilling for å drifte en nettside og svare på spørsmål fra adoptivforeldre og deres barn. Nettsiden inneholder informasjonsskriv, oversikt over vanlige offentlige tilbud om helsehjelp, samt lenke til enkelte private aktører som mot betaling kan veilede adopterte og adoptivforeldre (www.etteradopsjon.no).

Relevante nettsider:

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-06-22-959#KAPITTEL_1

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-06-22-959?q=forskrift%20om%20adopsjon>

https://www.bufdir.no/Adopsjon/Jeg_onsker_a_adoptere/Adoptere_fra_utlandet/

<https://inoradopt.no/wp-content/uploads/2014/01/Adopterte-barn-og-helse.pdf>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9cde402b23d042f4bbd2f378fb7d8f4c/rundskriv-q-1246-veiledningshefte-om-utarbeidelse-av-sosialrapport-ved-soknad-om-adopsjon-l702353.pdf>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/588c0ae660714da5b887eab0e6d2b1de/run-dskriv-q-28-15.pdf>

2.2.2 Sverige

Krav til søkere

Den nedre aldersgrensen for å kunne adoptere er 18 år og det er ingen øvre aldersgrense. Samboere kan adoptere sammen og enslige kan adoptere alene. Både par av likt og ulikt kjønn kan adoptere og det er ikke krav til hvor lenge par skal ha bodd sammen.

Generell prosedyre

Fase 1 og 2: Informasjonsmøte og adopsjonsforberedende kurs. Søker må delta på et informasjonsmøte i kommunen før de får gå videre i prosessen, for å sikre at de vet hva adopsjon innebærer og hvordan prosessen fungerer. Deretter må søkere gå på adopsjonsforberedendekurs (föräldrautbildning) før de får søke om å adoptere. Innholdet i kurset er fastsatt av staten, men det er flere leverandører som er godkjente av kommuner til å avholde kurset, for eksempel universiteter og adopsjonsorganisasjoner.

Fase 3: Søknad, kontroll av formelle krav. Sverige har, så vidt vi vet, ingen formelle krav til hvem som kan søke, noe som innebærer at alle søkere utredes fullt.

Fase 4 og 5: Screening og forhåndsgodkjenning. Socialtjänsten i kommunen der søker bor, gjør en utredning og skriver en rapport som danner grunnlaget for sosialnämnden sin

vurdering av om foreldrene er passende. Socialtjänsten utfører tjenester som i Norge vil falle under NAV i kommunen og er et politisk valgt styre som har ansvar for sosialtjenestene i kommunen. Ventetiden på utredning varierer fra kommune til kommune og søkerne kan få være med når sosialnemnden tar beslutningen.

Prosedyre for innhenting av informasjon til socialtjänstens rapport varierer fra kommune til kommune, men en veiledning gis i håndboken «Adoption – handbok för socialtjänstens handläggning av internationella adoptioner» fra 2014. Det konkluderes med at det ikke finnes enhetlige og vitenskapelig funderte utredningsmetoder, og at det derfor ikke er nasjonale retningslinjer for dette. Det påpekes at teori om tilknytning og foreldreferdigheter har høy relevans for vurderingen av egnethet og at de som gjør vurderingene bør ha relevant utdanning og kunnskap om slike teorier. Kommunene har utviklet ulike måter å gjennomføre adopsjonsutredninger på, ofte på basis av verktøy som opprinnelig er utviklet til andre formål.

Det er retningslinjer for hva som bør være med i rapporten. Den bør inneholde: Navn, alder, utdanning, yrke, personlige egenskaper, stabilitet i relasjoner, nettverk og familie, helse, interesser, fritid, religion, kunnskap om adopsjon, samt registerdata. Dersom søker har en fysisk eller psykisk sykdom, lidelse eller funksjonsnedsettelse som kan påvirke omsorgsevnen, skal det innhentes vurdering fra spesialist. Spesialisten skal fylle ut et spesifikt skjema som spør om diagnose, medisiner, tilstandens betydning for funksjon og prognose i et 10-20 års perspektiv. Så vidt vi vet benyttes ikke spørreskjema. Det skal innhentes vurdering fra lege og informasjon fra en referanseperson søker oppgir. Registerdata innhentes fra politi, socialtjenesten og skattemyndigheten.

Informasjonen innhentes hovedsakelig via intervju, og det anvendes i liten grad standardiserte intervjuguider, dvs et fast sett med spørsmål som må stilles alle søkerne. Minst en samtale skal være i søkers hjem, slik at utreder kan observere familien og hjemmet. Dersom det er et par som søker, skal de ha samtaler sammen og hver for seg. Det er anbefalt at stabiliteten i relasjonen til par som søker utredes. Om det er barn i familien skal utredningen være ekstra nøye. Eventuelle eldre adoptivbarn skal ha fått tid til å bli kjent med foreldrene i ro og fred og skal være trygge. Det er anbefalt at forholdet mellom søkere og barna, både tilknytning og interaksjonsmønstre, undersøkes. Det sosiale nettverket bør også utredes, og utreder bør snakke med personer i søkerens nettverk. Søker må også oppgi minst en referanseperson som skal intervjues.

Man kan kontakte adopsjonsorganisasjoner før man blir forhåndsgodkjent, men søknader kan ikke sendes ut før godkjenningen er i orden. Når man er godkjent, har man rett til at søknaden sendes til det landet man ønsker. Søkere kan velge å sende søknad utenom adopsjonsorganisasjoner dersom de får godkjenning av Myndigheten för Familjerätt og Föräldraskapsstöd (MFoF) til å gjøre dette. Forhåndsgodkjenning til adopsjon gjelder i tre år og kan ikke forlenges eller fornyes, det må søkes på nytt om den løper ut.

Fase 6: Venting. Det tilbys kurs når man har fått tildelt et barn, der informasjonen fra det obligatoriske kurset tilpasses det barnet man har blitt tildelt.

Adopsjon av barn med spesielle behov

Det vanligste er forhåndsgodkjenning uten definert aldersspenn. Adopsjonsorganisasjonene beskriver at ulike opprinnelsesland definerer spesielle behov ulikt og at noen land krever at søkere opplyser om hvilke spesielle behov de er åpne for. Det er uklart for oss hvorvidt dette spesifiseres i forhåndsgodkjenningen og hvorvidt adopsjonen vurderes annerledes enn vanlig dersom barnet har spesielle behov.

Innhold i adopsjonsforberedende kurs

Socialstyrelsen har gitt ut en bok som er kursmateriale: Föräldraskap genom adoption – utbildningsmaterial till föräldrautbildningen. Erfaringer fra adopterte, adoptivforeldre, utredere, kommuner og organisasjoner var grunnlaget for utviklingen av kursmaterialet. Boken gjennomgår adopsjonsprosessen og regelverket som former den, og historiske og etiske perspektiver på adopsjon. Det er også generell informasjon om barns tidlige utvikling og adoptivbarns særlige behov for trygghet. I boken omhandles også hvordan man bygger en familie, hvordan man tar imot barnet og hvordan man best kan hjelpe barnet å knytte sammen livet før og etter adopsjonen. Boken avsluttes med informasjon om å leve som adoptivfamilie, om den første tiden sammen, at hele barnets verden forandres, om å være ny forelder, hvordan barnets atferd og reaksjoner kan forstås, og om det å bli forelder for et barn som har opplevd tap. Boken omhandler også det å være en adoptivfamilie i et livsløpsperspektiv, med fokus på diskriminering, åpenhet i adoptivfamilien og hvor familien kan få hjelp ved behov.

Boken inneholder også materiale for forberedende samtale for de som har fått «besked om barn» og venter på at adopsjonen skal godkjennes av sosialnemnden. Dette tilbys av en del adopsjonsorganisasjoner, men det er ikke noe krav om dette fra staten. Det er forslag til spørsmål foreldrene kan svare på som utgangspunkt for å forberede seg til denne samtalen bakerst i boken, som er kursmateriale for kurset. Spørsmålene dreier seg om hvordan man kan anvende kunnskapen fra kurset til det spesifikke barnet, for eksempel hva man vet om barnets bakgrunn, hvordan man tror det påvirker barnet, hva man tror barnet vil ha behov for og hvordan man tror man selv vil reagere på barnet.

Kurset skal ledes av en med grunnutdanning tilsvarende sosionom, psykolog, lærer eller førskolelærer. Kursleder skal også ha kompetanse på temaene det undervises om, kunnskap om utredningsprosessen, erfaring med å lede grupper og håndtere gruppeprosesser, samt ha pedagogisk kunnskap.

Oppfølging etter adopsjon

Socialtjänsten skal følge opp barnets situasjon og utvikling og familiens behov for støtte og hjelp. Socialnämnden har et særskilt ansvar for at adoptivfamilier får den hjelpen de trenger (5 kap. 1 § SoL). Det finnes PAS-tilbud i de fleste store kommunene og byene i Sverige. Dette organiseres på ulikt vis avhengig av størrelsen på kommunen. Spesielt de store byene har etablert ressursentre som skal bistå adoptivfamilier, adoptivbarn, men også offentlig ansatte som av ulike grunner skal hjelpe adoptivbarn. Det finnes bl.a. telefonrådgivingstjenester, tilbud om foreldregrupper, kurs, foreldreveiledning i grupper og alene og kontakt direkte eller over telefon med klinisk psykolog med spesialkompetanse på adoptivspørsmål.

Relevante nettsider:

<http://www.mfof.se/Documents/publikationer/adoption-handbok.pdf>

<http://www.mfof.se/Documents/publikationer/HSLF-FS-2017-48.pdf>

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2009/07/sou-200961/>

<https://www.adoptionscentrum.se/>

2.2.3 Danmark

Formelle krav til søkere

Nedre aldersgrense for å kunne adoptere er 25 år, og det kan høyst være 42 års aldersforskjell mellom søker og barnet, så for å adoptere spedbarn må søker ha sendt inn søknad før de fyller 43 år. Par som søker sammen må ha bodd sammen i minst 2,5 år, eller 1,5 år dersom den ene parten allerede er forhåndsgodkjent som adoptant. Både par av likt og ulikt kjønn kan adoptere.

Generell prosedyre

Fase 1: Søknad, kontroll av formelle krav. Søker fyllet ut nettskjema eller sender inn brev, der det legges ved helseerklæring, helseattest fra lege (under 3 måneder gammel), formueerklæring, fødsels- og dåpsattest, vigselattest, skatteattest og restskattserklæring. Statsforvaltningen innhenter i tillegg registerdata (se punk 7.2.1 i «Vejleder om adoption», Børne- og Socialministeriet, 2015) og vurderer om søker tilfredsstillende de formelle kravene til adopsjon. Det innhentes informasjon fra Kriminalregisteret og søkers bostedskommune, og ved behov kan det hentes inn utfyllende informasjon om spesielle legeundersøkelser eller behandlinger. Statsforvaltningen gir tillatelse til å fortsette til neste fase dersom det ikke foreligger tvil om at søker tilfredsstillende kravene. Dersom det er tvil eller søker vurderes å ikke tilfredsstillende kravene, sendes saken til adopsjonssamrådet som innhenter informasjon og gjør en vurdering basert på denne. Adopsjonssamrådene er regionale og består av en lege, en jurist og en person med sosialfaglig bakgrunn. Juristen skal være ansatt i statsforvaltningen og maks en av de andre kan også være det. Samrådene nedsettes av sosial- og innenriksministeren.

Fase 2: Adopsjonsforberedende kurs. Kurset går over to helger. Par som søker sammen må ta kurset samtidig.

Fase 3 og 4: Påmelding til adopsjonsorganisasjon og screening. Screeningen kan påbegynnes når kurset er fullført og søker er tilmeldt den formidlende organisasjonen Danish International Adoption (DIA) eller Adoptionsnævnet. DIA er den eneste godkjente adopsjonsorganisasjonen i Danmark per nå. Saksbehandler fra statsforvaltningen skal beskrive søkers bakgrunn og ressurser basert på samtaler hos Statsforvaltningen og hjemme hos søker. Samtalene omhandler innhenting av personlig informasjon og vurdering av egnethet. Vanlige temaer er søkers oppvekst, personlighet, interesser, parforhold, «adopsjonsmotiv», samt kjennskap og innstilling til barn. Antallet samtaler varierer, men det veiledende er to samtaler hos statsforvaltningen og en hjemme hos søker. Samtalene varer vanligvis fem til syv timer til sammen. Så vidt vi vet, benyttes det ikke spørreskjema, og registerdata kun i fase 1. Det skal være fokus på søkers ressurser og en forståelse for at søker ofte ikke har foreldreerfaring enda. I veilederen om adopsjon presiseres det at aspekter ved psykisk robusthet og forutsigbarhet, tilknytningsevne, omstillingsevne, innsikt i adoptivbarns situasjon og behov og innstilling til å ta imot profesjonell hjelp ved behov bør belyses i løpet av intervjuene. Dersom søker er enslig, skal det være særlig fokus på nettverk og søkers tanker rundt å være alene som barnets primæromsorgsgiver og sårbarheten det medfører for både søker og barnet.

Når saksbehandler anser saken som tilstrekkelig belyst, skrives det en rapport som sendes på høring til søker før den sendes til Adopsjonssamrådet.

Fase 5: Forhåndsgodkjenning. Basert på rapporten vurderer Adopsjonssamrådet om søker forhåndsgodkjennes som adoptant eller ikke. Prosessen kan ta fra måneder til over ett år. Forhåndsgodkjennelsen gjelder i fire år og kan fornyes i to år.

Fase 6: Venting. Så vidt vi vet, er det ikke formelle krav om tilbud til eller oppfølging av søkere i ventetiden.

Adopsjon av barn med spesielle behov

Utvidet forhåndsgodkjenning er nødvendig for å adoptere friske søsken, friske barn som er eldre enn 36 måneder gamle, eller barn med særlige risikoer eller helseproblemer. Det kan søkes om utvidet godkjenning før man får tildelt et barn dersom man ønsker det. Når søker får tildelt et barn skal en barnelege DIA samarbeide med, vurdere hvorvidt barnet faller inn under forhåndsgodkjenningen søkeren har fått. Dersom legen vurderer at barnet faller utenfor godkjenningen søker har fått, får søker all informasjon om barnet og kan i samråd med Statsforvaltningen ta stilling til om de vil utvide forhåndsgodkjenningen for å kunne adoptere det konkrete barnet eller barna.

Innhold i adopsjonsforberedende kurs

Kursets formål er å gjøre søker i stand til å vurdere egne ressurser opp mot det å bli adoptivforelder og har både søkelys på søkerne og adoptivbarns spesielle situasjon og behov. Det er prosessorientert og inneholder gruppediskusjoner, film, case-historier, paroppgaver og diskusjon. Det er søkelys på deltakernes egne historier, men informasjon om deltakerne som fremkommer i kurset gis ikke videre til andre instanser i adopsjonssøknaden. Kurset skal ledes av en mann og en kvinne med psykologifaglig bakgrunn.

Første kursdag er det søkelys på barnløshet, forestillingen om det biologiske barn, samlivet og tilknytningshistorien man bringer med seg inn i foreldreskapet. Eneadoptanters særegne situasjon blir berørt. De to neste dagene har søkelys på livet som adoptivfamilie, barnets biologiske foreldre og barnets oppvekstvilkår før adopsjonen. Den siste dagen handler om hva tilknytning betyr for barnet, dannelsen av felles tilknytningshistorie, det første møtet og tiden etter.

Oppfølging etter adopsjon

Det er obligatorisk med seks timer rådgivning hos Ankestyrelsen, tre timer innen tre måneder før barnet hentes og tre timer innen tre måneder etter at barnet er hentet.

Innholdet og formen på rådgivningen tilpasses individuelle behov. (mer info:

<https://ast.dk/filer/born-og-familie/adoption/flyer-6obligatorisktimer.pdf>)

Det tilbys 20 timer familierådgivning per barn for 100kr/timen. Det er tilbud om gruppesamtaler for eneadoptanter og barn/ungdom som er adopterte. I tillegg tilbys det rådgivning for adopterte over 18 år til 100kr/timen. Familiene har mulighet til å søke om rådgivningstimer utover de 20 timene som tilbys alle. Denne ekstra rådgivningen gis til familier der det er uforutsette eller utstrakte vansker i forbindelse med plassering av barnet i familien, eller der adoptivfamiliene rammes av alvorlig eller livstruende sykdom som er en påkjenning for adoptivbarnet. (mer info: <https://ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/adoption/radgivning-til-adoptivfamilier/dispensation-20-timers-radgivning>)

Rapporter, utredninger og forskning

«I oktober 2014 blev der indgået en politisk aftale om et nyt adoptionssystem i Danmark. En del af aftalen var at starte forskning, som dels kunne belyse adoptionsområdet i Danmark,

dels kunne fortælle om åbenheds betydning for trivsel og livskvalitet hos den adopterede. Resultaterne kan vi bruke til at utvikle praksis i Ankestyrelsens adoptionsforberedende kurser og PAS-rådgivningen; blandt andet kan de brukes i supervisionen af de PAS-rådgivere, som er ansat i Ankestyrelsen. Ankestyrelsen er en del af et internationalt samarbejde på adoptionsområdet. Her vil forskningen indgå som et bidrag til uveksling af metoder og praksis på tværs af samarbejdslande.» Hentet fra <https://ast.dk/born-familie/artikler/adoption/artikel-ny-forskning-i-adoption-og-adoptionens-betydning>.

Relevante nettsider:

<https://familieretshuset.dk/adoption/adoption/fremmedadoption-bliv-godkendt-som-adoptant>

<http://www.d-i-a.dk/adoptionsprocessen/processen-kort/#>

<https://www.adoption.dk/om-adoption-2/hvad-siger-loven/pas-radgivning-post-adoption-service/>

<https://ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/adoption/radgivning-til-adoptivfamilier>

<https://www.statsforvaltningen.dk/site.aspx?p=7887>

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=175901>

<https://www.statsforvaltningen.dk/site.aspx?p=6308>

2.2.4 Finland

Formelle krav til søkere

Den nedre aldersgrensen for å kunne adoptere er 25 år, mens den øvre grensen er 50 år ved søknadstidspunkt. Aldersforskjellen mellom barn og forelder må være mellom 18 og 45 år. Par som er gift må adoptere sammen, man kan ikke adoptere sammen dersom man ikke er gift. Enslige kan adoptere, og både par av likt og ulikt kjønn kan adoptere.

Generell prosedyre

Fase 1, 2 og 3: Informasjonsmøte, rådgivning og screening. Før man søker må man gjennom et informasjonsmøte og adopsjonsrådgivning. Dette er gratis og tilbys av adopsjonsorganisasjoner som er godkjente av adopsjonsstyret i Valvira (Tillatelses- og tilsynsmyndighet for sosiale- og helsetjenester). Informasjonsmøtet og rådgivningen gjennomføres som regel av samme person, som skal være utdannet som sosialarbeider og ha kjennskap til adopsjon. Samtidig med rådgivningen skal sosialarbeideren gjennomføre en utredning og skrive en sosialrapport om søkeren.

Innholdet i rapporten er fastsatt av seksjon tre i statlig resolusjon om adopsjon (22/2012). Rapporten skal inkludere informasjon om søkerens familiebakgrunn, helsetilstand, sosioøkonomiske situasjon, motivasjon til å adoptere og vurdering av evne til å oppdra et adoptert barn. Det er ikke en fast metode for å innhente informasjonen til rapporten, men adopsjonsorganisasjonene har relativt like prosedyrer, hvor informasjonen fremkommer i løpet av adopsjonsrådgivningen. Hos Redd Barna Finland, som gjør de fleste rådgivningene/utredningene, er det snakk om 6-7 rådgivningstimer med 1-2 måneders mellomrom, som vil si at det tar rundt ett år fra søkerne melder interesse til rapporten er ferdig. Redd Barna Finland har fast tema og hjemmelekser for hver time og benytter tilknytningsteori som rammeverk for rådgivningen og vurderingen. Målet er å bli kjent med søkeren og å hjelpe vedkommende med å forstå egne styrker og svakheter opp mot muligheten for å søke om å få adoptere. Det oppgis ikke at de benytter strukturerte eller

semistrukturerte intervjumanualer eller spørreskjemaer i rådgivningen, men temaene som er fastsatt for hver time er veiledende for en mindre strukturert samtale.

Kriminalitetsregisteret og politiets informasjon om personen og om det har vært utrykning til søkers bolig innhentes. Informasjon fra sosialtjenesten skal også innhentes i henhold til adopsjonsloven § 24 (22/2012). Informasjon om innholdet i kriminalitets-/politi-registrene skal ikke med i rapporten, med mindre det anses av den som skriver rapporten å påvirke omsorgsevne. Det skal uansett fremgå av rapporten at informasjonen er sjekket.

Fase 4 og 5: Forhåndsgodkjenning innad i organisasjonen og av adopsjonsstyret.

Rapporten godkjennes av en ekspert på adopsjon innad i organisasjonen før den sendes videre til adopsjonsstyret. Styret nedsettes av staten og behandler alle forhold som har med adopsjon å gjøre. Dersom søker godkjennes av styret, velger de hvilket land de ønsker å søke til. Forhåndsgodkjenning varer i maks to år av gangen. Man kan få den utvidet, men det bør være en grunn dersom det gjøres flere ganger og adopsjonsrådgiveren må ha god oversikt over utviklingen i søkers situasjon.

Fase 6: Venting. Så vidt vi vet, er det ikke krav til oppfølging av søkere i ventetiden.

Adopsjon av barn med spesielle behov

Under screeningen skal det tas opp hvilke spesielle behov søker kan og ikke kan mestre. Det er uklart for oss hvorvidt dette spesifiseres i forhåndsgodkjenningen og hvorvidt adopsjonen vurderes annerledes enn vanlig dersom barnet har spesielle behov.

Innhold i adopsjonsforberedende kurs

I Finland arrangeres ikke felleskurs, men personlig samtale og rådgivning skjer samtidig som utredningen. Dette er individuelt for hver søker og utføres av en sosialarbeider med god kjennskap til adopsjon. Det er søkelys på å gjøre søkeren klar over hva adoptivbarn har vært gjennom før adopsjonen og hvordan livet som adoptivfamilie kan se ut.

Oppfølging etter adopsjon

Både den adopterte og familien skal tilbys å få sitt behov for oppfølging vurdert og skal få ekstra støtte ved behov. Sosialarbeideren som jobber med familien skal sørge for at de som trenger det får hjelp så tidlig som mulig. Det er en rekke PAS-tilbud i ulike deler av landet, organisert av private aktører hvor foreldrene selv må ta kontakt.

Relevante nettsider:

https://www.valvira.fi/web/en/social_welfare/adoption/adoption-process

<https://interpedia.fi/en/kansainvalinen-adoptio/intercountry-adoption/adoption-process/>

<https://www.hel.fi/helsinki/sv/social-och-halso/barnfamiljens/familljerattsliga/adoption/>

<https://www.pelastakaalapset.fi/en/our-work-in-finland/adoptions/>

<https://www.pelastakaalapset.fi/sv/vart-arbete-i-finland/adoptioner/internationell-adoptionstjanst-internationellt-barnskydd/adoptionsprocessens-skeden/>

<https://www.valvira.fi/web/sv/socialvard/adoption/adoptionsnamndens-anvisningar>

2.2.5 Island

Formelle krav til søkere

Nedre aldersgrense for å adoptere er 25 år, øvre er 45 år. Det kan gjøres unntak dersom barnet er eldre, dersom en av to søkere kun er litt over 45 eller det er snakk om et barn med tilknytning til søker. Forhåndsgodkjenning til å adoptere kan maks utvides til yngste søker er 50 år gammel. Gifte par må ha bodd sammen i 3 år, samboere må ha bodd sammen i 5. Enslige kan adoptere i spesielle tilfeller, dersom adopsjonen klart gagnar barnet. Både par av likt og ulikt kjønn kan adoptere.

Generell prosedyre

Fase 1 og 2: Informasjonsmøte og kurs. Søker tar først kontakt med The Icelandic Adoption Society (IAS), som er autorisert av justisdepartementet og er den eneste godkjente adopsjonsorganisasjonen på Island. Søkere får et møte med en adopsjonsspesialist hos IAS som varer ca 1,5-2 timer der de får informasjon om adopsjonsprosessen på Island og i verden, for å gi god oversikt over hva adopsjon er. Neste steg er kurset „Er adopsjon for meg?“ i regi av IAS, som koster 37 500 ISK per person. Dette utgjør omlag 2 500 NOK.

Fase 3: Søknad. Den nasjonale kommisjonæren for adopsjon (National Commissioner on Adoption) sjekker at søker tilfredsstiller de formelle kravene til adopsjon. Kommisjonæren kan henvise saker til adopsjonsstyret dersom det er tvil. Adopsjonsstyret er en rådgivende komité utnevnt av justisministeren og består av en advokat, en lege og en psykolog.

Fase 4 og 5: Screening og forhåndsgodkjenning. Søkere henvender seg til IAS gjennom et skjema og IAS sender søknaden til Adopsjonskommisjonæren. Adopsjonskommisjonæren sender søknaden videre til Barnevernet (Child Welfare Committee) dersom søker oppfyller de formelle kravene. Det regionale barnevernskantoret (Child Protection Offices) gjennomfører utredningen og skriver rapport.

En lisensiert sosialarbeider i barnevernet gjennomfører fem intervjuer med søker for å innhente informasjon til sin rapport. Alle aspekter av søkers liv skal gjennomgås nøye. Det gis rådgivning til søker underveis i intervjuene ved behov. Siden det er få adopsjoner i enkelte regioner, kan de som jobber i barnevernet ha lite erfaring med adopsjon og IAS veileder de som jobber i barnevernet dersom de ønsker det. Veiledning gis av en sosialarbeider i IAS (de har tre ansatte). De anbefaler at barnevernet gjør minst 4 hjemmebesøk. Følgende registerdata benyttes: Fødselsattest, vigselsattest eller attest om samboerskap, attest fra det nasjonale registeret som viser hvor lenge søkere har bodd sammen, politiattest fra alle land søkere har bodd i over en periode på mer enn 3 måneder fra de var 16 år gamle, informasjon om søkers helse, legeattest, og sertifisert kopi av skattemelding for de to siste år. Ingen av attestene kan være mer enn 3 måneder gamle.

Rapporten undersøkes av et klinisk team og en komité, og denne sendes til kommisjonæren dersom alle krav tilfredsstilles. Det er kommisjonæren som beslutter om søknaden om adopsjon innvilges. Om søker forhåndsgodkjennes, videresendes rapporten til IAS som sender den til opprinnelseslandet søkerne ønsker å adoptere fra. Søkerne møter som oftest en annen islandsk familie som har adoptert fra samme land for å få

informasjon og forberede seg. Forhåndsgodkjenningen gjelder i tre år, den gjelder for ett spesifikt land, og kan utvides med ett år under usikre forhold.

Fase 6: Venting. Det tilbys månedlige foredrag om ulike temaer mens søkerne venter på svar fra opprinnelseslandet. IAS henter inn nasjonale og internasjonale eksperter på adopsjon og relevante temaer og benytter dette for å heve egen kompetanse. Når søkere får tildelt et barn, må de gjennomføre et forberedende kurs før de henter barnet. De møter en barnelege som forklarer barnets helsetilstand. Den samme barnelegen undersøker barnet når det kommer til Island.

Adopsjon av barn med spesielle behov

Dersom søkerne ønsker å adoptere barn med spesielle behov, får de en liste over ulike spesielle behov barn kan ha hvor de krysser av for de behovene/vanskene de ønsker å få vite mer om. På denne listen står for eksempel ulike diagnoser på fysiske og psykiske lidelser, ervervede og medfødte skader. Deretter får de et møte med en barnelege som forklarer omfanget av behovene/vanskene de har valgt ut og hvordan det vil påvirke livet til barnet og familien. Deretter kan søkerne revidere listen og sende den inn til Barnevernet (Child Welfare Department) for å søke om tillatelse til å adoptere barn med disse behovene. Det er en sosialarbeider som vurderer hvorvidt søkerne blir forhåndsgodkjent til å adoptere barn med spesielle behov.

Innhold i adopsjonsforberedende kurs

Kurset «Er adopsjon for meg?» varer i 24 timer og går over tre dager med en 4-5 ukers pause mellom møtene, hvor deltakerne får hjemmeoppgaver som skal presenteres i kurset. Kurset tar opp spørsmål om deltakernes tanker om adopsjon, om det å ha et barn som ikke er likt dem selv og som har opplevd vanskelige ting, og om hvordan de har tenkt til å fortelle familie og barnet at det er adoptert.

Foreldreveiledningen har nylig blitt flyttet slik at søkere nå har fire veiledningsmøter mens de venter på at søknaden forhåndsgodkjennes. Tidligere kom dette senere av hensyn til søkerne. Det er nå flyttet fordi IAS mener det er bedre for barna at foreldrene er så godt forberedt som mulig, selv om dette betyr at foreldrene må kurses i en vanskelig venteperiode. De får fire-steps veiledning som handler om 1: Tilknytning generelt og om tilknytningsproblemer adoptivbarn ofte har, 2: Å bli og være foreldre, om forskjellen på adoptivforeldre og andre foreldre, 3: Adoptivbarnet, og 4: Opprinnelseslandet. Dette er en videreføring av informasjonen de får i kurset «Er adopsjon for meg?».

I 2012 ansatte IAS en psykolog med lang erfaring med adopsjon, som både hadde jobbet med adoptivforeldre, adoptivbarn, og selv hadde adoptert tre barn. Han har utviklet innholdet i kursingen av foreldre. Han er nå pensjonert, men hadde ett års overlapp med sosialarbeideren som tok over etter ham og som nå jobber i IAS. Denne sosialarbeideren har fortsatt å utvikle opplegget basert på tilbakemeldingene fra adoptivfamiliene.

IAS tilbyr også veiledning for familien og nettverket til søkere og mener dette er et viktig tilbud for familiene. Adoptivfamilien vil trenge ekstra oppfølging, men trenger også ro i starten til å få til en tilknytning mellom barnet og foreldrene, siden mange barn ikke har erfaring med å ha en forelder eller hva det betyr. IAS har erfart at selv om adoptivforeldrene forteller om dette og forsøker å forberede familie og nettverk på barnets behov i den første perioden, blir det tatt mer på alvor av dem rundt når det kommer fra IAS.

IAS tilrettelegger for møter mellom søkere og adoptivfamilier to ganger i adopsjonsprosessen først når man skal velge hvilket land man skal søke fra. Da får søkere møte familier som har adoptert fra landene de vurderer for å få et personlig inntrykk i tillegg til informasjonen fra IAS om landene. Den andre gangen er når man har blitt matchet med et barn og venter på å få hente det. Denne gangen forsøker de å finne noen som har så lik erfaring som mulig, gjerne fra samme barnehjem.

Oppfølging etter adopsjon

Familien må møte med en barnelege når de har kommet til Island etter å ha hentet barnet. En spesialist ringer familien en uke etter at de har kommet hjem for å tilby hjelp og undersøke om familien har behov for dette. Familien tilbys samtale med sosialarbeider eller psykolog. De kontaktes igjen etter en og tre måneder. IAS har familiemøter annenhver uke for hyggelig samvær, og familiene møtes ved svømmebasseng eller hjemme hos familiene de andre ukene. IAS har familiemorgen annenhver uke der familier på foreldrepermisjon kan komme innom kontoret. De tilbyr gratis veiledning til adoptivfamilier og adopterte gjennom hele livet uten begrensninger på mengde. IAS viser til at når landet velger å adoptere barn fra utlandet har de et etisk ansvar til å følge opp barna og alle deres behov.

Relevante nettsider:

<http://www.isadopt.is/is>

<http://www.isadopt.is/is/english/counseling-and-training>

https://www.island.is/en/family/having_a_baby/adoption/

<https://www.syslumenn.is/thjonusta/fjolskyldumal/aettleidingar/>

2.2.6 Oppsummering

Gjennomgangen viser at det både er likheter og forskjeller mellom de nordiske landenes praksis. Det mest relevante for denne rapporten er hvordan de ulike landene gjennomfører vurderingen av søkerne og oppfølgingene av familiene etter adopsjon.

Vurderingsindikatorer og vurderingsmetode

Felles for de nordiske landene er at familier som tilfredsstillt en rekke formelle krav må gjennom intervju og hjemmebesøk i kommunen der de bor, som munnner ut i en rapport. Sammen med de formelle kravene danner rapporten grunnlaget for en eventuell godkjenning av søkerne. Alle de nordiske landene viser til at det ikke finnes enhetlige og vitenskapelig funderte **utredningsmetoder** (dvs systematiske kartleggingsmetoder med faste spørsmålsformuleringer og en systematisk metode for vurdering av svarene), og at de derfor ikke har nasjonale retningslinjer for bruk av spesifikke kartleggingsverktøy. Istedenfor har de utarbeidet veiledere for hvilke temaer som skal tas opp i intervjuet og beskrives i rapporten. Ingen av de nordiske landene har krav om bruk av systematiske kartleggingsverktøy (spørreskjema og strukturerte intervjuer) i screeningen, men åpner opp for at dette kan brukes ved ønske og behov.

Det er stor variasjon i hvor detaljerte veilederne er. I Sverige har man en veileder på 182 sider som beskriver de ulike temaene. Veilederen inkluderer oppsummering av relevant forskning, beskrivelser av hvorfor temaene er relevante for vurdering av adoptivsøkerne, og helt konkret hvilke spørsmål man bør stille søkerne (<http://www.mfof.se/Documents/publikationer/adoption-handbok.pdf>). I Norge har man

til sammenligning hatt en mye kortere ti-siders veileder (Q-1246.Veiledningshefte om utarbeidelse av sosialrapport ved søknad om adopsjon) som lister opp hvilke temaer som bør belyses i sosialrapporten og hva man bør spørre etter. Norges veileder skiller seg fra de andre landene ved at Norge i større grad etterspør en deskriptiv kartlegging av søkerens erfaringer, opplevelser og vurderinger knyttet til egen oppvekst og nåværende forhold, mens andre land mer eksplisitt ber utrederne vurdere søkerens underliggende psykologiske egenskaper som trygg/utrygg tilknytningsevne, empati, personlighet, rigiditet, fiendtlighet, overdrevent kontrollbehov, osv. Dette er personlighetsegenskaper som ligger under og former de fleste forholdene som er inkludert i den norske veilederen. Det kan se ut til at den norske veilederen har en større tro på at det er en sammenheng mellom søkers refleksjoner over hvordan man vil oppdra barnet og deres faktiske fremtidige atferd. Andre land vektlegger i større grad en kartlegging av søkerens underliggende personlighet, for dermed å gjøre en egen vurdering av deres fremtidige egnethet. En slik utredning krever imidlertid omfattende psykologisk kunnskap, noe som antagelig er bakgrunnen for at mange andre land har et krav om at utredningen gjennomføres av psykologer eller tilvarende.

Det er heller ikke oss bekjent noen av de nordiske landene som har klare krav til hvordan informasjonen fra hjemmebesøk og intervju skal vurderes og analyseres, med klare føringer for når en søker skal vurderes som egnet.

Rapporten i alle de nordiske landene inkluderer en presentasjon av informasjon innhentet fra ulike **nasjonale registre**. Norge og Island skiller seg ut som de eneste landene i Norden som ikke selv innhenter eller krever at søkerne leverer uttrekk fra relevante helseregistre for å dokumentere søkerens sykdomshistorikk (ikke kun nåværende helsetilstand vurdert av en lege). I Norge baserer man seg på egenrapport bekreftet av fastlegen, men med mulighet for at utrederne kan be om ytterligere helseopplysninger ved behov. Dette inkluderer også en anmodning om en vurdering av psykolog/psykiater. I de andre nordiske landene har man personidentifiserte helseregistre fra mesteparten eller hele søkerens liv. Uttrekk fra helseregistre er i Norge kun tilgjengelig for perioden fra 2009 og frem til i dag. Dette og det strenge lovverket knyttet til bruk av registre i Norge kan være en av forklaringene på forskjellene i praksis.

Oppfølging av adoptivfamiliene etter at de har mottatt barnet

Det er stor variasjon i hvilken hjelp de andre nordiske landene tilbyr etter adopsjon og i hvilken grad denne hjelpen organiseres privat eller via det offentlige. Danmark og Island er de eneste landene som har nasjonale offentlige fellestjenester som tilbyr hjelp og veiledning til alle adoptivfamilier. I Sverige har de fleste kommunene et tilbud, enten alene eller i samarbeid med andre kommuner, som egne ressursentre for adoptivfamilier og helse-/skolepersonale, telefontjenester, familiegrupper og psykologer med adopsjonsfaglig kompetanse som er øremerket adoptivfamilier. Hvilken hjelp som er tilgjengelig er avhengig av hvor du bor: De store byene har de beste tilbudene. I Finland har det offentlige et særskilt ansvar for å følge opp adoptivfamilier. Vi har ikke funnet informasjon om hvordan de sikrer at dette blir gjort, men våre kontaktpersoner har bekreftet at familiene blir sikret hjelp og oppfølging ved behov. Det adopsjonsfaglige hjelpeapparatet blir ivaretatt av en rekke private aktører som tilbyr hjelp fra personer med spesialkunnskap om adoptivfamilier og deres spesielle hjelpebehov som familiene selv må bekoste. Denne hjelpen er lett tilgjengelig slik at familiene er sikret hjelp.

Norge er det eneste landet i Norden hvor det, med unntak av et par kommuner, ikke tilbys egne tjenester ovenfor familier som har mottatt et adoptivbarn. Støtte og tiltak til adoptivfamilier skal dekkes av ordinære hjelpetjenester og det er en oppfatning om at det ikke er behov for spesifikk adopsjonsrelatert kompetanse for å kunne gi adekvat hjelp. Ved behov må familiene betale for mer spesialisert hjelp selv. Det er nylig finansiert en koordinatorstilling som tar imot henvendelser om råd og hjelp, drevet fra kontorene til adopsjonsforeningen InorAdopt i Kristiansand. Koordinatoren lager en nettside hvor det legges ut informasjonshefter, beskrivelser av ulike ordinære hjelpe- og støttetilbud og en liste over de få private aktører som tilbyr hjelp til adoptivfamilier.

De fleste nordiske landene skiller seg fra Norge på to viktige områder. For det første anerkjenner de andre nordiske landene at styresmaktene har et spesielt ansvar for å sikre adoptivfamiliene nødvendig helsehjelp fordi de ikke kan basere seg på at familiene vil få nødvendig hjelp i det vanlige offentlige hjelpeapparatet. For det andre anerkjenner de andre landene at adoptivfamiliene og adoptivbarna har spesifikke erfaringer som gjør at styresmaktene har et ansvar for å kunne tilby en tjeneste med adopsjonsfaglig kompetanse, som bør bestå av en person med psykologfaglig bakgrunn eller lignende og som bør ha omfattende klinisk erfaring med adoptivbarn og deres familier. De anerkjenner dermed at denne kompetansen oftest ikke finnes i det ordinære hjelpeapparatet.

2.3 Andre lands bruk av systematiske kartleggingsinstrumenter ved vurdering av adoptivsøkere

Som vi har beskrevet over er det ingen av de nordiske landene som pålegger bruk av spørreskjema eller andre diagnoseverktøy eller systematiske kartleggingsverktøy i vurderingen av adoptivsøkere. Med **standardiserte systematiske kartleggingsverktøy** mener vi her spørreskjema eller intervju (med faste spørsmål) hvor svarene vurderes etter på forhånd fastsatte kriterier. **Selvutfyllings spørreskjemaer** brukes oftest til å vurdere personlighetstrekk, holdninger eller væremåter. Svarene bestemmer hvor man plasseres på en skala etter hvor typisk egenskapen/væremåten er for en gitt person. **Intervjuer med faste spørsmål og faste vurderingsindikatorer** brukes oftest til å vurdere tilstedeværelsen av en kombinasjon av egenskaper som til sammen kan utgjøre en tilstand eller en diagnose. Slike instrumenter brukes for eksempel til å vurdere om en person har en diagnostisert psykisk lidelse, eller fastsetting av en persons tilknytningsstil. Fordelene med standardiserte systematiske kartleggingsverktøy er at man får et objektivt mål på egenskaper ved søkerne, man sikrer at søkerne blir vurdert likt på tvers av utredere, og man kan avdekke ulike egenskaper eller tilstander hos søkerne som det ellers kan være vanskelig for utredere å oppdage. Vi ønsket derfor å gjøre en nærmere undersøkelse av bruk av slike systematiske kartleggingsverktøy i screeningen av adoptivsøkere i andre land, og hvilke erfaringer de eventuelt har hatt med bruken av disse.

2.3.1 Metode

Vi sendte e-post med spørsmål om bruk av systematiske kartleggingsverktøy ved screening av adoptivsøkere til adopsjonsorganisasjoner eller offentlige adopsjonsmyndigheter i 14 land: Sverige, Island, Danmark, Finland, England, Nederland, Frankrike, Belgia, Tyskland, Canada, Italia, Spania, USA og Australia. Systematiske kartleggingsverktøy ble definert som selvutfyllings spørreskjemaer eller intervjuguider

med en fastsatt skåringsnøkkel, der det er objektive kriterier for hvordan svarene skal tolkes, slik at man får ut informasjon om forekomsten av psykiatriske diagnoser, tilknytningsevne, eller andre egenskaper ansett som viktige for vurderingen av søkeres foreldreferdigheter. E-postadressene ble identifisert via ulike private og offentlige nettsider som formidlet informasjon om søknadsprosessen i de ulike landene. Vi fikk svar fra 11 land: Sverige, Island, Danmark, Finland, Belgia, Canada, Australia, England, Frankrike, Italia og Tyskland. Dette er blant de landene i verden der det gjennomføres flest adopsjoner (Selman, 2009). I tillegg har vi lest igjennom nettsider som beskriver adopsjonsscreeningen i de ulike landene. Vi spurte om organisasjonene selv bruker ulike kartleggingsinstrumenter og i hvilken grad de kjenner til annen bruk i eget eller andre land. Der vi mottok relevante tips har vi fulgt opp disse. Presentasjonen nedenfor tar imidlertid ikke sikte på å være en fullstendig oversikt.

2.3.2 Resultater

Alle kontaktpersonene oppga at deres respektive land anbefaler bruk av semistrukturerte intervjuer under screening av søkerne. Med semistrukturerte intervjuer mener vi her en liste over temaer søkerne skal igjennom, noen ganger konkretisert ved faste spørsmålsformuleringer, men hvor det ikke er en fast mal på hvordan svarene skal systematiseres. Ingen av landene pålegger bruk av systematiske kartleggingsverktøy.

Kontaktpersonene fra Italia, Frankrike, Belgia, Island, Danmark og Finland oppga de at de ikke brukte standardiserte tester eller spørreskjema. Kontaktpersonene fra Sveige, England, Australia og Canada oppga at de ved behov åpnet opp for bruk av standardiserte kartleggingsverktøy eller spørreskjema. Vi må likevel ta forbehold om at det kan være ulike praksiser vi ikke har fått informasjon om. Vår gjennomgang baserer seg på de som svarte på vår henvendelse. Enkelte land hadde utformet en liste over aktuelle selvutfyllings spørreskjemaer. Vi vil under presentere systematiske kartleggingsverktøy brukt i de ulike landene, inkludert Norden, for deretter å avslutte med en generell diskusjon om verktøyenes anvendbarhet i screening av adoptivsøkere i Norge.

Sverige

Kälvestenmetoden. I Sverige er det flere kommuner som bruker ulike varianter av Kälvestenmetoden, opprinnelig utviklet av Anna-Lisa Kälvesten og Graziella Meldahl (Family Psychology 1982). Metoden er forankret i psykodynamisk teori og består av to intervjuer; det ene reiser spørsmål knyttet til den enkeltes historie og det andre inneholder spørsmål om den enkeltes nåværende situasjon. Det er både åpne spørsmål med åpne svar og faste spørsmål med svaralternativer. Svarene nedtegnes og tolkes av en psykolog som har fått opplæring i metodikken. Metoden er blitt kritisert for å være utdatert, for å fokusere for mye på individets historie, og for å mangle flere områder man i dag anser for å være nødvendig for å vurdere foreldrenes evne til å ivareta et adoptivbarn (Vinnerljung, Sallnäs, & Westermarck, 2001). Det er ikke gjennomført vitenskapelig evaluering av metoden. Man har ikke funnet at brudd i fosterfamilier henger sammen med i hvilken grad man har brukt Kälvestensmetoden, sammenlignet med andre mindre systematiske metoder som BRA-fam (Vinnerljung et al., 2001). Det finnes i dag en rekke forskjellige varianter av intervjuet som brukes av utredere av adoptivsøkere. En modernisert variant er Nya Kälvestenmetoden som bygger på tilknytningsteori og mentaliseringsforskning. Metoden er tilpasset Sveriges krav til adoptivfamilier og nyere kunnskap om traumatiserte og utsatte barn, og inkluderer kontroll av registerdata og hjemmebesøk. Metoden er ikke vitenskapelig evaluert, men egne undersøkelser viser at det er stor overenstemmelse mellom to personers tolkning av svarene på samme

nedtegnede intervju (<https://www.nyakalvestenmetoden.se/om-metoden/>). Metoden krever opplæring og godkjenning.

Tilknytning. I Sverige er det flere regioner som benytter seg av ulike sertifiserte instrumenter for å vurdere adoptivsøkernes tilknytningsevner. Begrunnelsen er studier som viser at kvaliteten på de tidlige relasjonene i barnets liv, da særlig til mor og far, spiller en vesentlig rolle for barnets senere sosiale, kognitive og emosjonelle utvikling (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969). Intervjuene brukes som supplement til det semistrukturerte intervjuet dersom den sakkyndige ser behov for det. Ofte gjøres intervjuene ute i kommunene av utredere, som deretter sender svarene til en sertifisert person som tolker og sender konklusjonen tilbake. De mest vanlige instrumentene for å måle søkernes tilknytningsevner er Adult Assessment Interview (AAI) (George, Kaplan, & Main, 1996) eller Attachment Style Interview (ASI) (Bifulco, Jacobs, Bunn, Thomas, & Irving, 2008). Begge instrumentene ansees for å være av tilfredsstillende vitenskapelig kvalitet, og har vist seg å være assosiert med barnas tilknytningsstil (Barone & Lionetti, 2012; Lionetti, 2014; Piermattei, Pace, Tambelli, D'Onofrio, & Di Folco, 2017) og vansker (Barone, Lionetti, & Green, 2017).

AAI er et intervju som vurderer tilknytningsevne hos voksne basert på beskrivelser og minner om tidligere relasjoner i barndommen. Intervjuet undersøker grad av overenstemmelse mellom hvordan personen setter ord på relasjoner til viktige personer i barndommen (for eksempel kjærlig) og hvordan de beskriver minner om konkrete hendelser (det å bli straffet versus trøstet når en gjorde noe feil) (George et al., 1996). Intervjuet transkriberes og skåres av en trent intervjuer, og informantens tilknytning klassifiseres som enten trygg/autonom, utrygg/avvisende, utrygg/avhengig, eller uavklart (Fisher, 2017; George et al., 1996). AAI er et komplekst intervju som krever mye tid, ferdigheter og erfaring. Brukere må sertifiseres via kurs og veiledning. Flere studier har vist en klar sammenheng mellom foreldrenes skåre på AAI og observasjoner av barnas tilknytningsevne, noe som tyder på at instrumentet klarer å fange opp elementer av betydning for at barna skal utvikle en trygg tilknytning etter adopsjon (Barone & Lionetti, 2012; Barone et al., 2017; Lionetti, 2014; Pace, Di Folco, Guerriero, Santona, & Terrone, 2015).

ASI er et annet strukturert intervju som klassifiserer tilknytning, men som i tillegg gir en gradering av tilknytningsstil med utgangspunkt i hvor godt en person kan mobilisere sosial støtte fra omgivelsene. ASI skiller seg fra AAI ved at det fokuserer mer på dagens relasjoner heller enn minner fra oppveksten. Bruk av intervjuet krever sertifisering og trening. Det består av to deler, der den ene undersøker nærhet og støtte fra partner og andre voksne (familie eller venner) som oppgis av informanten å være «veldig nære». I del to undersøkes evnen til å skape og opprettholde relasjoner. Til sammen klassifiseres informantens tilknytning i en av fem kategorier: Avhengig, engstelig, avvisende, tilbaketrukket og trygg. Kontaktpersonene anbefalte at instrumentet ble benyttet som et utgangspunkt for samtale om styrker og svakheter og som supplement til øvrig faglig vurdering i adopsjons- og fosterhjemsvurderinger. Utviklerne av instrumentet presiseres at en ikke vet nok om hvor presist resultatene fra ASI kan si noe om fremtidige foreldreegenskaper (Bifulco et al., 2008). Man har ikke funnet entydige sammenhenger mellom resultatene fra intervjuet og foreldreferdigheter eller barnas grad av vansker (Bifulco et al (2009).

England

Etter hva vi har fått oppgitt er det flere utredere i England som vurderer søkeres tilknytningsevner ved hjelp av AAI (George et al., 1996) eller ASI (Bifulco et al., 2008). Metodene er beskrevet over. Resultatene brukes som et utgangspunkt for samtale med foreldrene. Hensikten er å gjøre søker bevisst på sin væremåte og sine tanker om tilknytningen til sitt fremtidige barn, for deretter å få søker til å reflektere over sine styrker og svakheter.

Australia

Vår kontaktperson i Australia oppga at de i tillegg til det semistrukturerte intervjuet i enkelte tilfeller brukes standardiserte tester eller spørreskjema. De oppgir at screeningen av familiene «...will include but is not limited to a clinical interview, evaluation of information gathered and psychological testing (for example, Assessments Paulhus Deception Scales & Personality Assessment Inventory) to determine their response style and mental health functioning». I tillegg brukes Personality Assessment Inventory (PAI) som er et selvutfyllings spørreskjema som kartlegger forekomsten av ulike psykiske vansker/lidelser og personlighetsforstyrrelser (se denne nettsiden for mer informasjon <https://hogrefe.no/no/kliniske-tester-og-verktoy/pai/>). Spørreskjemaet administreres og skåres via et digitalt skåringsprogram. Testen er benyttet i tvister om omsorgsrett for barn i bla. Australia, USA og England. Et annet spørreskjema som ble trukket frem i korrespondansen med Australia var Assessments Paulhus Deception Scales (PDS) (Paulhus, 1998). Dette brukes som et supplement til andre spørreskjema for å undersøke hvilken grad søkerne svarer sannferdig. PDS er et spørreskjema som identifiserer personer som tilpasser svarene sine når de svarer på spørreundersøkelser (sosial ønskverdighet). Det kan for eksempel være at de overrapporterer gode egenskaper og underrapporterer dårlige.

Canada

I den kanadiske provinsen Ontario benyttes Structured Analysis Family Evaluation (SAFE) for å screene adoptivsøkere og fosterforeldre. Dette programmet benyttes også i flere andre kanadiske provinser, samt i enkelte stater i USA. Programmet beskrives som en grundig, strukturert og enhetlig vurdering av familier som ønsker å adoptere. SAFE ble opprinnelig utviklet fordi tradisjonelle screeninger av adoptivsøkere i for liten grad avdekket problemer med rus, familievold, psykisk vold i oppdragelsesstil, eller seksuelt misbruk; og manglet en vurdering av psykososiale evner (Crea, Barth, Chintapalli, & Buchanan, 2009). SAFE består av flere deler. Den første delen er informasjonsinnhenting via to spørreskjema og et referansebrev. Videre gjøres det en strukturert analyse ut fra 68 psykososiale faktorer som skal være avgjørende for gode foreldreegenskapene. Svarene på spørreskjemaene brukes som utgangspunkt for et ustrukturert intervju. Den endelige rapporten i SAFE skal ta utgangspunkt i en tolkning av «hele bildet» som er fremkommet om familien i løpet av prosessen og rapporten utformes etter en fast mal. Her fremholdes både svakheter hos de som søker, men også styrker som vil hjelpe dem til å være gode foreldre. Til sist gjøres det en kompatibilitetsanalyse for å matche barn og foreldre best mulig (Crea, Chan, & Barth, 2014). Bruk av denne prosedyren krever spesiell trening og sertifisering. For mer informasjon se: <http://www.safehomestudy.org/SAFE/SAFE-Overview.aspx>.

Det er så langt vi kjenner til ikke gjennomført prospektive studier som vurderer hvor «treffsikker» SAFE er i utvelgelsen av adoptivforeldre sammenlignet med en mer tradisjonell tilnærming til utvelgelse av adoptivforeldre (intervju og hjemmebesøk). Det er imidlertid gjort flere studier der en undersøker implementering av programmet. Crea et al.

(2009a) gjennomførte en survey for å undersøke hvor godt ansatte i førstelinjen oppfattet at SAFE kunne identifisere mulige problemområder i familier i forbindelse med vurdering av adoptiv søkere. Resultatene viste at brukerne oppfattet at SAFE identifiserte problemområder mer effektivt enn tidligere screeninger og at SAFE var et nyttig verktøy for å evaluere adoptiv søkere på tvers av ulike tema og situasjoner. Det ble også samlet inn kvalitative tilbakemeldinger på skjemaet, der det blant annet fremkom at det var lettere å ta opp tema som kanskje ikke kom naturlig opp i et semistrukturert intervju. Alle som blir evaluert får også muligheten til å lese igjennom rapporten slik at de kan diskutere og kommentere punkter. Dette ble fremholdt som en styrke, da det åpnet for samtale om familiens styrker, samt områder der det var behov for forbedring (T. M. Crea et al., 2009a; T. M. Crea, R. P. Barth, L. K. Chintapalli, & R. L. Buchanan, 2009b). SAFE ble foretrukket over mer standard screeningpraksiser, blant annet fordi respondentene opplevde at SAFE resulterte i en mer grundig hjemmeundersøkelse.

Tyskland

I Tyskland er det utarbeidet et skriv «Eignungseinschätzung von Bewerberinnen und Bewerbern um eine Adoption - Standardisierte Erhebung von relevanten Kriterien» (direkte oversatt: Vurdering av søkernes egnethet til adopsjon, standardisert kartlegging av relevante indikatorer) som anbefaler ulike instrumenter som kan brukes i vurdering av potensielle adoptivforeldres egnethet (Gabler, 2018). Instrumentene skal være en støtte til å vurdere de indikatorene, som i motsetning til objektive mål (som vandelsattest, utdanningsnivå etc.) ikke er like lett observerbare og tilgjengelige. Spørreskjemaene skal vurdere egenskaper de mener er relevante for søkernes foreldreferdigheter eller generelle fungering som kan gagne barnet, som motivasjon for adopsjon, personlighet, psykisk helse, parforhold og forventninger. Det legges ikke opp til en diagnostisering av psykiske vansker eller lidelser, men en kan i screeningen få informasjon som nødvendiggjør en eventuell videre psykologisk utredning. De foreslåtte spørreskjemaene er anbefalinger av instrumenter som kan være aktuelle ved behov.

For kartlegging av personlighetsfaktorer foreslås Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), NEO-Personality Inventory (NEO-PI-R), (Costa & McCrae, 1990) eller NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) som er en kortversjon av NEO PI-R Personlighet kan forstås som en kombinasjon av karakteristikk ved en persons atferd, tanker og følelser, og er en disposisjon som gjerne gjør seg gjeldende på tvers av tid og situasjoner. NEO-PI-R, eller femfaktormodellen for personlighet, finnes også på norsk. Dette er et spørreskjema som gir mål på ulike aspekter ved personlighet, både hovedkategorier og fasetter (underkategorier) som nevrotisme (f.eks. negative følelser), ekstraversjon (f.eks. sosial deltakelse), åpenhet for erfaringer (f.eks. åpenhet for følelser), medmenneskelighet (f.eks. omtanke for andre) og planmessighet (f.eks. selvdisiplin). Svært høye eller lave skårer på de ulike områdene har blitt funnet å være assosiert med en høyere forekomst av ulike personlighetsforstyrrelser (Costa & McCrae, 1990).

I tillegg foreslås Stressverarbeitungsfragebogen (SVF120 items eller kortform med 78 items) som er et selvutfyllings spørreskjema for å kartlegge mestringsstrategier og reaksjonsformer ved stressende situasjoner. Det foreslås videre spørreskjema som kan screene for psykiske helseproblemer, som Brief Symptom Inventory (BSI; som er en kortform av Symptom Checklist-90-Revidert, SCL-90-R), eller den tyske versjonen av Patient Health Questionnaire (bestående av 78 spørsmål i fullversjon <http://www.safehomestudy.org/Research/Published-Research.aspx>). Begge disse målene består av selvutfyllings spørreskjema og kan blant annet avdekke symptomer på angst og

depresjon. Rapporten foreslår også andre standardiserte skjema som kan kartlegge stabilitet på partnerskap, foreldrerelatert stress og tilgang til sosial støtte. Rapporten understreker at de foreslåtte skjemaene må tilpasses hvert enkelt undersøkelsesforløp og at dette er forslag til hva som finnes heller enn regler for hva som bør brukes.

2.4 Oppsummering og diskusjon om bruk av ulike vurderingsmetoder på adoptivsøkere

Gjennomgangen viser at det er store likheter i screeningpraksis på tvers av landene, både innen og utenfor Norden. Følgende elementer inngår i alle landene vi har hatt kontakt med, inkludert de nordiske landene.

- En liste med formelle egenskaper som må være til stede for at familiene kan søke, krav om utskrifter fra sentrale nasjonale registre, og intervju og hjemmebesøk.
- Myndighetene utformer en liste over temaer for intervjuet, som gjenspeiler egenskaper ved søkerne man anser som viktige for å vurdere egnethet som adoptivforeldre, både identifisering av positive egenskaper og styrker, samt identifisering av egenskaper man mener er uforenelige med å adoptere et barn. I de fleste veiledere spesifiseres det at hensikten ikke er å identifisere absolutte eksklusjonskriterier (med unntak av de åpenbare som pågående vold, misbruk, kriminalitet, rus) men å få søkeren til å reflektere over egne styrker og svakheter. Det er gjennomgående en tro på at personer som er gode til å reflektere over egne svakheter i mindre grad vil utsette barna sine for disse negative egenskapene.
- I landene vi har undersøkt legges det stor vekt på en subjektiv helhetsvurdering av foreldrenes egnethet, basert på utredernes faglige skjønn. Ingen av landene har etter det vi erfarer en nasjonal instruks med krav om hvordan intervjuene skal tolkes eller vurderes, eller en klar instruks for hva som er eventuelle eksklusjonskriterier, med unntak av rus/kriminalitet/alvorlig psykisk sykdom. Bruk av Nya Kälvestensmetoden er et forsøk på å lage felles instruksjoner for vurderinger av søkerne, men selv om den brukes mye i Sverige, er den ikke pålagt.
- Alle landene argumenterer for fordelene ved å bruke åpent eller semistrukturert intervju fremfor spørreskjema eller andre strengt strukturerte intervjuguider. Hovedargumentet som synes å gå igjen, er at en åpen samtale i større grad tilrettelegger for å bygge tillit mellom utreder og søker, og dermed åpner for en mer ærlig samtale og dermed større mulighet for å avdekke eventuelle grunner til at søkerne skal vurderes som ikke egnede. Et annet argument er at intervjuene også har som formål å gjøre søkerne mer forberedt på hva det vil innebære å adoptere et barn og at dette best ivaretas gjennom intervju. Det blir også fremhevet at intervjuet har den fordelen at det sikrer at søkerne har forstått spørsmålene som stilles. Dermed kan man bedre måle tilstedeværelsen av en tilstand eller egenskaper hvor det ikke er så lett for søkeren å vurdere seg selv. Dette gjelder spesielt ved vurderingen av ulike psykiske lidelser, avhengighetsproblemer eller negative personlighetstrekk som gjør personer uegnet som adoptivforeldre. Flere land har derfor krav om at både den som intervjuer og den som skal tolke svarene skal ha psykologisk fagbakgrunn.
- Spørreskjema og andre systematiske kartleggingsverktøy kan brukes som et supplement ved behov, men kun som utgangspunkt for en samtale med søkerne, ikke for å ekskludere søkere. Det er lite tro på systematiske kartlegginger og stor tro på at utrederne skal kunne vurdere adoptivsøkere basert på egne erfaringer og faglige vurdering.

Bufetat har i løpet av det siste året utviklet nye utredningsverktøy i et forsøk på å kvalitetssikre og standardisere vurderingen av adoptiv søkere. Notatet «Støttespørsmål til sosialrapport. Utredning av adoptiv søkere» baserer seg på Q-1246 og er en oversikt over hvilke temaer som skal dekkes i sosialrapporten. Notatet inneholder ikke et forslag om konkrete spørsmålsformuleringer. Eksempler på formuleringer er «Beskriv hvordan søker opplevde de relasjonelle forholdene i familien de vokste opp i», og «Beskriv hvordan søker opplevde atmosfæren i sitt barndomshjem.». Del to i notatet beskriver hvilke vurderinger som skal gjøres i sosialrapporten basert på foreldrenes svar. Her har man inkludert kravet om at utreder skal vurdere søkeres personlighet, slik som empati- og innlevelsessevne, følelsesmessige modenhet, toleranse og fleksibilitet. Utreder skal også komme med en skriftlig vurdering av hvilke erfaringer søkerne har som vil gjøre dem i stand til å forstå et barns behov og følelser. Hvis søkerne har barn fra før av skal det gjøres en vurdering av søkerens utøvelse av foreldrerollen og samspill med barnet/barna. Indirekte spør de også om søkerens tilknytningsevne, uten at dette eksplisitt nevnes. Som vi skal vise senere i rapporten er egenskaper som foreldrenes tilknytningsevne og personlighet noen av de viktigste ferdighetene som ligger til grunn for foreldres omsorgsevne og evne til å ivareta barnet. Dette er kompliserte underliggende psykologiske mekanismer som ikke er så lett å avdekke i samtaler med søkerne om man ikke er godt trent i hva man skal se etter, og hvilke spørsmål som skal stilles.

Fordeler ved bruk av selvutfyllings spørreskjemaer ved vurdering av søkere

Det er grunn til å stille spørsmål om i hvilken grad en utreder uten klinisk erfaring og gode psykologiske fagkunnskaper vil klare å avdekke eventuelle underliggende tilknytningsforstyrrelser, emosjonell umodenhet, patologiske personlighetstrekk, eller andre underliggende mekanismer som vil gjøre søkerne mindre i stand til å ivareta et barn når stressnivået knyttet til oppdragelsen blir for stort. En mulig løsning på problemene med å avdekke mer underliggende personlighetsstrukturer kan være å ta i bruk standardiserte selvutfyllings spørreskjemaer. Som vi har sett i gjennomgangen over, blir dette stadig mer vanlig. Dette kan hjelpe utredere til å kartlegge ulike personlighetstrekk, både som del av en vurdering av søkerens egnethet, men også som et utgangspunkt for samtale om søkerens refleksjoner over egne styrker og svakheter.

Ulemper med bruk av selvutfyllings spørreskjemaer ved vurdering av søkere

Ett av hovedargumentene mot spesielt ensidig bruk av spørreskjema i utredning av adoptiv søkere er at flere studier viser at adoptiv søkere ikke svarer "sannferdig". Et problem med bruk av denne type skalaer i forbindelse med adopsjon og omsorgsrett, er at det er situasjoner der foreldrene vet at de blir vurdert og kan ha mye å vinne på å ikke være helt sannferdige. De kan derfor tilpasse svarene til det de mener er ønskelig å svare og dette ser ut til å være hyppig forekommende (Carr, Moretti, & Cue, 2005; Semel, 2016).

Personality Assessment Inventory (PAI) er et selvutfyllings spørreskjema benyttet for å kartlegge forekomsten av ulike psykiske vansker/lidelser og personlighetsforstyrrelser. Instrumentet er benyttet ved vurdering av foreldreferdigheter ved adopsjon og fosterhjem, og tvister om omsorgsrett for barn i bla. Australia, USA og England. Spørreskjemaet har en innebygget test på om informantene tilpasser svarene ved å over- eller underrapportere atferd, eller om svarmønstrene indikerer tilfeldige svar. Denne testen kan gi en indikasjon på hvor sannferdige søkerne svarer. I et notat som gjennomgår erfaringene med bruk av spørreskjemaer ved vurdering av adoptiv søkere i Australia konkluderer man med at søkerens sterke ønsker om å bli godkjent som adoptivforeldre gjør bruk av spørreskjemaer lite egnet for å ekskludere uegnede adoptiv søkere, om man ikke inkluderer en test av søkerens tilbøyelighet til å tilpasse sine svar til det de tror forventes av dem. Forfatterne av artikkelen argumenterer da for nytten av å bruke

spørreskjema som et tilleggsværktøy for å kartlegge psykologiske mekanismer og egenskaper som ikke så lett lar seg avdekke ved intervju, som personlighetstrekk, tilknytningsevne, psykiske vansker, og mer patologiske personlighetstrekk (Chantler, 2014). I England er det også vanlig å bruke spørreskjemaet ASI for å kartlegge søkerens tilknytningsevne, som et utgangspunkt for videre samtaler.

Fordeler mer bruk av standardiserte intervjuguider ved vurdering av søkere

En av utfordringene ved bruk av ustrukturerte intervjuer er at de i mindre grad sikrer at søkerne blir vurdert likt. Ønsket om at vurderingssituasjonen skal ligne mest mulig på en samtale kan gå på bekostning av å sikre at søkerne blir stilt de samme spørsmålene, og dermed vurdert på de samme indikatorene. En studie fra USA (Dickerson & Allen, 2007) fant at utredernes egne holdninger og erfaringer påvirket i hvilken grad de spurte søkerne om temaer de selv oppfattet som ubehagelig for søkerne, som seksualitet, fare for voldsutøvelse, rus og avhengighetsproblematikk. Forskerne erfarte at om utrederne fikk en liste over konkrete spørsmål de var pålagt å stille foreldrene, sikret dette at søkerne ble vurdert på alle områdene omfattet av intervjuveiledningen. Her var man spesielt opptatt av viktigheten av å sikre barnet mot fremtidig vanskjøtsel og overgrep, som er et større tema ved utredning av adoptivsøkere i USA enn det er i Europa. Manglende standardisering av intervjuguider viser til en svakhet i metodene som benyttes i dag og kan i verste fall forhindre at man ikke avdekker egenskaper som ellers ville ført til at søkerne ikke ville bli godkjent. For å sikre en standardisering av vurderingene av adoptivsøkere, må man i tillegg til faste spørsmål også ha en standardisert metode for hvordan svarene skal tolkes, slik man har i Kälvestenmetoden og ved SAFE. En annen kritisk innvendig mot bruk av spørreskjema ved screening av adoptivsøkere, er usikkerheten knyttet til i hvilken grad skårene på spørreskjemaet er direkte overførbare til bruk i screening av adoptivsøkere. Med unntak av SAFE, er ikke spørreskjemaene utviklet for å screene adoptivsøkere. Snarere gir de informasjon om egenskaper ved foreldrene som vi ut fra litteraturen ser at kan ha betydning for hvordan de vil være som foreldre. Når tester brukes i andre sammenhenger enn de er utviklet for, kan det påvirke testens validitet.

Ulemper ved bruk av standardiserte intervjuguider ved vurdering av søkere

Bruk av standardiserte intervjuer for å kartlegge forekomst av psykiske lidelser og tilknytningsvansker krever spesifikk faglig kompetanse (psykolog eller psykiater) og opplæring i metoden. Søkerne til adopsjon skal vurderes i egen kommune. Det kan være en utfordring å ha denne kompetansen tilgjengelig i alle landets kommuner. Slik det er i dag, kan utredere be om en vurdering av psykolog der man anser dette som nødvendig. Slik vi har forstått dette, gjelder dette spesielt ved mistanke om psykiske vansker. Man kunne med fordel også bedt om en vurdering av en sertifisert psykolog for å vurdere søkerens tilknytningsevne eller patologiske personlighetstrekk der det er mistanke om dette. I Sverige har man en ordning hvor søkerne intervjues ute i kommunene, men vurderingen gjøres av en psykolog som da kan betjene flere kommuner.

Samlet vurdering

Vår vurdering av bruk av screeningsmetoder sammenfaller stort sett med det man har kommet frem til i de andre landene vi har hatt kontakt med: Selvutfyllings spørreskjema kan være nyttige som del av en utredning, men da helst som et tillegg og som et utgangspunkt for en samtale med søkerne. Intervjuet er fremdeles den beste metoden for å få et godt helhetsinntrykk av foreldrenes egenskaper og ferdigheter, og familiens og parforholdets fungering. Men som vi har påpekt har også intervjuet har noen åpenbare svakheter. Det er vår oppfatning at med dagens metode vil man ikke sikre at søkere får lik

vurdering, eller at man avdekker de mer problematiske sidene knyttet til søkerens personlighet, psykiske helse, og tilknytningsevne.

Det kan være en fordel å bruke spørreskjema eller strukturert intervju på temaer som det kan være mer utfordrende å kartlegge gjennom et åpent, ustrukturert intervju. ASI er etter vår vurdering det antatt beste instrumentet for å kartlegge foreldrenes tilknytningsevne (Bifulco et al., 2008). ASI er et intervju om tilknytning utviklet for praktikere. Instrumentet brukes ved vurdering av adoptivforeldre og fosterforeldre med den hensikt å skaffe grunnlag for å predikere hvordan søkerne vil kunne ivareta et barn. ASI er mye brukt ved vurdering av adoptivsøkere (spesielt i England og Sverige) og gir en indikasjon på søkers evne til å etablere stabile og langvarige forhold. I tillegg gir instrumentet et generelt mål på søkers tilknytningsevne. Ifølge utviklerne vil resultatet av intervjuet gi et grunnlag for å vurdere i hvilken grad personen vil ha mulighet, evne og vilje til å realisere nødvendig hjelp og sosiale nettverk i perioder med kriser. I tillegg kan instrumentet benyttes til å kartlegge i hvilken grad søkerne er overdrevent avhengig eller redd for avvísning, noe som kan være til hinder for å støtte adoptivbarnet i en sunn frigjøring fra sine foreldre gjennom oppveksten. Hovedfokuset til foreldrene bør være barnets behov for frigjøring, ikke egne behov for nærhet og trygghet realisert gjennom barnet. Studier har funnet at negative og usikre tilknytningsstiler identifisert ved ASI samvarierer med svak psykisk helse (Conde, Figueiredo, & Bifulco, 2011), lav selvtillit, lite sosial støtte, dårlig kvalitet på forholdet til partner, og vanskjøtsel av barn (Bifulco, 2013; Bifulco et al., 2006), insensitive og distanserte mor-barn relasjoner (Bifulco, 2013) og påvirker barna indirekte via negative oppdragelsesstiler (Bifulco et al., 2009). Bruk av ASI krever at man gjennomgår nødvendig veiledning. Ifølge utviklerne har instrumentet vist seg å ha god reliabilitet og validitet (Bifulco et al., 2004; Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Bifulco, Moran, Ball, & Lillie, 2002). Instrumentet bør ikke brukes som en erstatning for et vanlig intervju med foreldrene, men som et tillegg og som et utgangspunkt for en samtale om foreldrenes forutsetninger for å kunne ivareta et barn.

I tillegg er PAI et godt alternativ for å kartlegge forekomsten av ulike psykiske vansker/lidelser og personlighetsforstyrrelser. Instrumentet er oversatt til norsk (se denne nettsiden for mer informasjon <https://hogrefe.no/no/kliniske-tester-og-verktoy/pai/>). Resultatene av testen kan danne utgangspunkt for en samtale med søkerne.

Som vi har vist over finnes det flere systematiske kartleggingsverktøy som er utviklet for å vurdere adoptivsøkere. En metode som virker lovende er verktøyet SAFE, som brukes i Canada (<http://www.safestudy.org/SAFE/SAFE-Overview.aspx>). Standardiserte spørreskjema og innhenting av bakgrunnsinformasjon brukes i kombinasjon med ustrukturerte intervjuer. Utredere følger en mal, men åpner samtidig for gode samtaler med søkerne. Instrumentet er utviklet for å velge ut foreldre som skal ivareta barn med vansker. Metoden vil bidra til at søkerne bli vurdert på samme måte, og at man har verktøy til å avdekke mer problematiske forhold. I tillegg er det en metode som kan benyttes av flere fagprosjekter etter nødvendig opplæring. I flere land er det slik at søkere som ønsker å adoptere eller bli fosterforeldre går gjennom samme utredning. SAFE er laget for å kunne vurdere begge grupper. En samkjøring av disse tjenestene vil sikre at utredere rundt om i landet vil bygge opp kompetanse på metoden gjennom flere utredningsoppdrag.

Det er to ulike praksiser vi har sett ved de andre landene som man med fordel kan vurdere å inkludere i Norge. Det ene er bruk av **intervju av en person som kjenner søkerne godt**. Dette kan være en måte å unngå utfordringene ved at søker ønsker, bevisst eller ubevisst, å fremstå i et best mulig lys. Det er en fordel å finne personer som både kjenner søkerne godt, men som samtidig ikke har en altfor stor lojalitet til søkerne. Den andre

praksisen det kan være verdt å inkludere i Norge er muligheten for å systematisk kreve en utskrift av Norges **nasjonale helseregistre** på samme måte som man gjør i de fleste andre nordiske landene. Vi har nå et system som gjør det mulig for søkerne selv å hente ut informasjon om egen sykdomshistorie (for en oversikt, se <https://www.helsenorge.no/helseregistre/>). Basert på registrene kan man få informasjon om diagnose satt ved besøk hos fastlege og andre behandlere med refusjonsrett (Kommunalt pasient- og brukerregister, KPR, fra 2016) eller hos spesialisthelsetjenesten (Norsk pasientregister, NPR, fra 2009). Ved tidlig eller nåværende sykdomshistorikk bør man be om en leges eller psykologs vurdering av dagens helsetilstand. Fordelen med bruk av registre er at man sikrer informasjon utover det søkerne husker eller kanskje feilaktig anser som irrelevant. Registrene kan også sikre at man får valid informasjon om temaer som søker kanskje ikke ønsker å avdekke. En vurdering av innføring av samme praksis i Norge bør inkludere en juridisk vurdering av i hvilken grad dette bryter med personvernet, og faller dermed utenfor mandatet for vårt prosjekt.

2.5 Anbefalinger om utredning av adoptivsøkere i Norge

2.5.1 Anbefaling om vurderingsindikatorer

Anbefalingene bygger på diskusjonen i kapittel 2.1. Hensikten med tabellen under er å benevne noen sentrale egenskaper, definere hva som ligger i begrepene, og gi noen mer praktiske eksempler for hvordan egenskapene kommer til uttrykk hos søkerne. Vi håper at dette kan bli et verktøy som kan hjelpe utrederne til å vite hvilke spørsmål de bør stille og hvordan svarene bør vurderes. Det er viktig og påpekte at vi ikke mener at en søker bør mestre alle ferdighetene eller ha alle egenskapene som kommer frem i oversikten. Styrker på noen område kan kompensere for svakheter på andre områder.

Tabell 4: Oversikt over anbefalte indikatorer ved vurdering av foreldreferdigheter og familiers evner og muligheter til å ha omsorg for et barn (med store utfordringer)

A: Genrelle vurderingsindikatorer (ikke adopsjons-spesifikke)

Egenskaper ved søker

Herunder kommer en beskrivelse av egenskaper som ligger til grunn og er bestemmende for hvordan søkerne fungerer emosjonelt, deres generelle evne til mestring og håndtering av utfordringer, evne til å se og ivareta andre personers behov, og evne til å vise omsorg og knytte langvarige stabile nære relasjoner.

Evne til empati og mentalisering

Beskrivelse: *Empati er evnen til å ta andres perspektiv, som også forutsetter evnen til å skille mellom egne og andres følelser/opplevelser.*

Å kunne trekke slutninger om andres atferd og indre mentale liv gjør det mulig å forutsi andres atferd og ut ifra dette igjen regulere sin egen. For å kunne trekke slike slutninger må man forstå andres og egne mentale tilstander (tro, motiver, emosjoner, ønsker og behov). Empati legger til rette for og bedrer sosial interaksjon, reduserer misforståelser og gjør det lettere å ordne opp når misforståelser oppstår.

Søker bør kunne:

-Skille mellom hva de selv ville ha følt/tenkt i en lignende situasjon fra vurderingen av hva

den andre ville ha følt/tenkt.

- Beskrive hva de tror en person nær dem vil tenke/føle i en gitt situasjon uten å blande dette med hva de selv tror de ville tenke/føle.
- Skille mellom hva som er egne og andres behov.
- Forstå og regulere egne følelser.
- Fortelle om tilfeller der de selv har misforstått andre eller andre har misforstått dem.

Selvbilde

Beskrivelse: *Det mentale bildet man har om seg selv, sin egenverdi, og vurdering av egne prestasjoner.*

Søker bør kunne:

- Snakke positivt om seg selv, uten overdreven redsel for å ikke være bra nok eller ikke strekke til.
- Se sine egne begrensninger, uten overdreven tro på seg selv eller egen overlegenhet.
- Tåle kritikk, beskrive opplevelser av å ha fått kritikk uten å bli for opprørt, tåle kritikk av partner i intervju situasjonen.

Følelse av kontroll

Beskrivelse: *Følelsen av å kunne påvirke hendelser og situasjoner, uten å oppleve å være prisgitt andres handlinger og prioriteringer, eller gir omgivelsene skylden for alt som skjer med dem og familien.*

Søker bør kunne:

- Bidra til å forme sine omgivelser og få til det de ønsker, uten overdrevent behov for kontroll eller opplevelse av at de alltid får det som de vil.
- Ved behov, legge fra seg ønske, behov, eller krav til seg selv om å gjøre alt på egen hånd, og kunne ta imot hjelp fra andre.
- Beskrive hva som skjer når de ønsker å få til noe uten å fremstille seg selv som et offer for omgivelsenes ønsker og handlinger, eller at andre hele tiden prøver å få kontroll over dem.

Tilknytningsevne

Beskrivelse: *evnen til å være nær andre mennesker samtidig som de klarer å skille mellom seg selv og andre, evnen til å etablere stabile relasjoner over tid, og evnen til å forme tillitsfulle relasjoner uten overdreven redsel for avvising eller å bli forlatt.*

En trygg tilknytning er noe av det viktigste for adoptiv/fosterforeldrenes evne til å ivareta barnet og bygge opp en trygg tilknytning hos et barn som har opplevd flere relasjonsbrudd. Søkerens tilknytningsevne er ikke bare viktig for relasjonen til barna, men også fordi det legger grunnen for god og stabil relasjon til partner, venner og familie, og derfor gjør dem i stand til å mobilisere mer sosial støtte ved behov.

Søker bør kunne:

- Snakke om erfaringer fra barndommen uten å bli overveldet av følelser, eller det motsatte: helt fravær av følelser som tyder på at de har avstengt egne følelser fra barndommens opplevelser.
- Se både positive og negative sider ved sine foreldre og snakke om dette på en avbalansert måte.

- Etablere nære emosjonelle bånd til andre.
- Være fysisk og følelsesmessig tilgjengelig ovenfor partner og eventuelt eldre barn.
- Tåle intimitet uten frykt for avvising.
- Være/handle selvstendig, men uten egoisme eller selvtilstrekkelighet/overdreven selvstendighet som tyder på at de ikke forholder seg til andres behov, eller tar inn over seg den følelsesmessige tilknytningen til sine nærmeste.
- Beskrive eventuelle vanskelige opplevelser/erfaringer i barndommen, og hvordan barndommen preger dem i dag, hvordan deres egen oppvekst og tilknytningshistorie vil kunne få innvirkning på deres egen foreldrefunksjon.
- Beskrive en følelse av tilhørighet i sin egen familien, men uten overdreven avhengighet av de andre i familien, med plass for å tåle familiemedlemmenes behov for selvstendighet, og barnets naturlige løsrivelse i ungdomstiden.

Evne til bearbeiding av livshendelser

Beskrivelse: *I hvilken grad vanskelige livshendelser har blitt bearbeidet og integrert i søkerens liv.*

Det er viktig å vurdere i hvilken grad søkeren klarer å bearbeide vanskelige opplevelser for så og kunne gå videre i livet med minne om opplevelsene uten at dette påvirker deres fremtidige fungering i overdrevent grad. Det er her spesielt viktig å vurdere hvordan søkerne har bearbeidet egen barnløshet og eventuelle egne erfaringer ved å selv bli forlatt/adoptert bort.

Søker bør kunne:

-Fortelle om eventuelle viktige eller traumatiske hendelser i livet deres på en følelsesmessig nyansert måte, uten å bli overveldet av fremkalte følelser eller helt avstengt fra naturlige følelsesmessige reaksjoner.

Resiliens og motstandsdyktighet mot stress

Beskrivelse: *Motstandskraft til å bevare eget overskudd, psykisk helse, og evnen til å ivareta barnet i møte med store påkjenninger. Resiliens innebærer også evnen til å gjøre de tilpasningene som omgivelsene krever for å ivareta egen mestringsevne.*

Søker bør kunne:

-Ved store påkjenninger tidligere i deres liv eller tenkte situasjoner (personlige tap, alvorlig sykdom i familien, konflikter på jobben med mer): Fortelle hvilke personlige egenskaper og ressurser søker mobiliserte for å komme gjennom den vanskelige perioden, samt hvordan de også tok i bruk ytre ressurser, som det å søke hjelp, søke støtte, eller snakke med venner, familie eller andre ressurspersoner. Søker kjenner til egne behov og evner å prioritere ivaretagelse av seg selv i vanskelige perioder. Kjenner grensene for hvor mye de tåler.

Psykisk helse og livskvalitet

Beskrivelse: *en opplevelse av å ha det bra, se positivt på fremtiden og hva man har fått til i livet, kunne mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktiviteter alene og sammen med andre, og ha et generelt positivt syn på livet.*

Søker bør kunne:

- Beskrive sitt eget liv og hva de har fått til på en positiv måte.
- Reagere med tristhet uten å bli overmannet av følelse av håpløshet.
- Fortelle om flere typer aktiviteter som de kan glede seg over.
- Ha et positivt syn på fortid og fremtid.
- Ha et stabilt følelsesliv uten å svinge for mye mellom glede og fortvilelse.
- Ved tidligere perioder med psykiske vansker har søker er forståelse av hva det var som gjorde at de håndterte problemene, og hva de tilsvarende kan gjøre om de får en ny vanskelig periode.

Alder

Ekstra søkelys på helse og tilgjengelig sosial støtte der aldersforskjell mellom foreldre og barn er større enn 35 år

Psykiske lidelser

Beskrivelse: *Overordnet begrep for ulike diagnoser på psykiske lidelser, som angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, psykoser, etc. Det er en forutsetning at søkerne har en god og stabil psykisk helse og livskvalitet, og ikke har alvorlige underliggende psykiske lidelser som i stor grad går utover deres nåværende fungering. Psykiske vansker kan være forbigående og mindre inngripende enn psykiske lidelser, som nesten alltid innebærer et betydelig funksjonstap*

Vurdering:

- Ved tilstedeværelse av tidligere perioder med psykiske lidelser eller alvorlige psykiske vansker bør man be om en vurdering av fare for tilbakefall ved fremtidige store påkjenninger av en psykologspesialist eller tilsvarende med kompetanse på feltet.
- Sannsynligheten for tilbakefall kan da vurderes på bakgrunn av 1) om lidelsen medførte et stor grad av funksjonstap (dvs innleggelse, sykemelding over lang tid, manglende evne til å fungere sosialt og på skole/jobbb), 2) om det har vært flere tidligere tilbakefall, 3) om søkeren har genetisk risiko for alvorlig psykisk sykdom i familien, og 4) om lidelsen kom etter å ha hatt vansker over mange år, til forskjell fra å være en midlertidig reaksjon på en plutselig ytre hendelse (dødsfall i familien el.lign.). Dersom en kan svare bekræftende på flere av disse kriteriene er det grunn til å anta at risikoen for tilbakefall er for stor.

Avhengighetsproblemer

Beskrivelse: *Tidligere eller pågående avhengighet av rusmidler, overforbruk av alkohol eller narkotika. Pågående avhengighetsproblematikk bør føre at søker blir vurdert som uegnet til adopsjon.*

Kartlegge bruk av alkohol og medikamenter, og hvordan det påvirker deres levesett og helse. Ved informasjon om pågående eller tidligere anhengighetsproblematikk bør man be om en vurdering av fagperson med kjennskap til rusproblematikk, om:

- I hvilken grad det foreligger et nåværende misbruk.
- I hvilken grad nivået av alkoholbruk vil kunne gå utover søkers fungering og evnen til å

ivareta et barn

-I hvilken grad det er fare for at tidligere avhengighetsproblematikk vil aktiveres ved fremtidige perioder med store belastninger. I hvilken grad har søker funnet frem til alternative mestringsstrategier der de tidligere brukte rus som en mestringsstrategi mot stress/utfordringer/vanskelige tanker?

Alvorlig sykdom, kronisk sykdom

Beskrivelse : *Sykdom som har stor innvirkning på både nåværende og fremtidig evne til å ivareta barnet, i et livsløpsperspektiv. Konsekvenser for evnen til å ha omsorg for et barn vurderes av lege/psykolog.*

Ved informasjon om nåværende eller fare for fremtidige alvorlige helseproblemer bør man be om en vurdering av lege/psykolog/psykiater om:

-I hvilken grad nåværende helseproblemer vil gå utover evnen til å ivareta et barn.

-Risikoen for en forverring av tilstanden slik at søker ikke vil kunne ivareta barnet i et livsløpsperspektiv.

Antisosal personlighet (-sforstyrrelse)

Beskrivelse: *Likegyldighet ovenfor andres følelser, manglende ansvarsfølelse og respekt for andres normer, vanskelig med å opprettholde relasjoner, aggressiv og fiendtlig atferd.*

Ved mistanke bør man be om en vurdering av psykolog/psykiater. Bør føre til at søker blir vurdert som ikke egnet til adopsjon.

Kriminell aktivitet

Beskrivelse: *Involvert i alvorlig narkotika-, vinnings- eller voldskriminalitet.*

Vurdering: Vandelsattest og spørsmål ved intervju.

Kriminellandel bør føre til at søker blir vurdert som ikke egnet til adopsjon. Ved engangstilfelle av tidligere alvorlig kriminalitet eller gjentakende mindre alvorlig kriminalitet, bør man be om en vurdering av tilstedeværelsen av antisosiale personlighetstrekk hos søker.

Egenskaper ved familien

Herunder kommer en beskrivelse av vurderingsindikatorer knyttet til hvordan familien eller paret som helhet fungerer. Selv om fokuset her er hvordan søkerne fungerer sammen som helhet, er det likevel slik at miljøet er en direkte konsekvens av familiemedlemmenes individuelle egenskaper, slik de er beskrevet over.

Enslig søker

Det bør stilles ekstra store krav til stabil sosial støtte og en utvidet familie som kan bistå eller eventuelt overta omsorgen ved alvorlig sykdom eller andre forhold som gjør at søker periodevis ikke kan ivareta omsorgen for barnet.

Ved eldre barn

Vurdering av dette barnets helse og omsorgsbehov. Om de har barn med særlige behov skal det vurderes hvilken innvirkning barnets vansker har på familien som helhet, både på det nåværende tidspunkt og i et livsløpsperspektiv.

Familiemiljø

Beskrivelse: *Familiens fungering, samhandling, og kommunikasjonsstil.*

Familien bør kunne:

- Samhandle på en måte preget av omsorg, varme, aksept og tillit; ikke kritikk og fiendtlighet.
- Ta opp vanskelige temaer og løser disse uten store konflikter. Det er rom for å være uenige.
- Vise til at de har en god arbeidsfordeling og organisering av familielivet som alle er fornøyd med.

Tilpasning, fleksibilitet

Beskrivelse: *I hvilken grad familien er åpen for endringer i roller, regler, omsorgsbyrde, og maktstrukturer. Et godt familiemiljø er viktig, men dette påvirkes i stor grad av barnas vansker, så det er her viktigere å kartlegge personlighetstrekkene som er en forutsetning for et godt familiemiljø, også i turbulente tider. Se også under personlighet, parforhold, og tilknytning.*

Familien bør kunne:

- Være i stand til å tilpasse seg situasjoner hvor barnet kan ha store uventede omsorgsbehov som påvirker hverdagen for alle familiemedlemmene. Familien bør kunne tilpasse seg denne nye hverdagen uten at det får for store negative konsekvenser for relasjonen mellom familiemedlemmene.
- Vise fleksibilitet i forhold til endring av omsorgsroller, uten å tviholde på gamle roller eller føle seg truet av endringene.

Konflikthåndtering

Beskrivelse: *Hvordan familiene forholder seg til konflikter og uenigheter i familien.*

Familien bør kunne:

- Være uenige uten at dette fører til hyppige konflikter.
- Vise forståelse for at høylytte diskusjoner kan oppleves som truende hos et barn som kommer ny inn i familiene, selv om familiemedlemmene selv ikke opplever det som store konflikter.
- Være åpne for at man kan være uenige og ha åpne konflikter uten at dette sanksjoneres.
- Vise til at de har en tro på at konflikter kan løses bare man snakker sammen, heller enn å vektlegge en strategi hvor man later som ingenting.
- Gi alle familiemedlemmene en følelse av at de blir hørt og at deres behov blir tatt hensyn til.
- Tåle opposisjon og sinne fra barna, og ungdomstidens opprør, uten å føle det som et personlig angrep men gi barnet rom for å uttrykke følelsene. Foreldrene bør kunne tåle mye sinne og frustrasjon hos barna uten å la seg avvise.

Parforhold

Beskrivelse: *Kvaliteten på relasjonen mellom søkerne.*

Relasjonen mellom partnerne bør være stabil, preget av varme og nærhet, støtte, få konflikter, god kommunikasjon og åpenhet, trygghet, respekt, stabilitet, tillit, plass og respekt for individualitet, men fremfor alt fravær av fiendtlighet. Hvordan søkerne forholder seg til sin partner er antagelig den beste måten å forutse hvordan søkerne i fremtiden vil forholde seg til sitt barn. Kvaliteten på parforholdet bør vurderes både ved å intervju begge

partnerne sammen for å vurdere samhandlingen deres, intervju søkerne hver for seg, samt intervju en tredjepart om hvordan søkerne fungerer som par. I tillegg er det viktig å kartlegge i hvilken grad de har hatt tidligere mer turbulente parforhold da dette kan være en indikasjon på hvordan de vil håndtere mer utfordrende personlighetstrekk hos sitt adoptivbarn.

Paret bør kunne:

-Samhandle under intervjuet på en måte som viser at de lytter og støtter hverandre, tåler å uttrykke uenighet, er lite kritiske og fiendtlige ovenfor hverandre, og snakker åpent til hverandre uten skjulte negative hentydninger.

-Gi hver for seg en beskrivelse av hvordan de fungerer som par, for deretter å sammen med utreder ha en diskusjon over eventuelle forskjeller i hvordan parene ser på parforholdet, uten at dette fører til en dårligere samhandling, se punktet over.

-Vise til at de har hatt et langt og stabilt forhold, og ikke ha en fortid med flere turbulente parforhold. Slike tidligere turbulente forhold kan være en indikasjon på hvordan søkerne eventuelt vil håndtere konflikter og uenigheter med barnet om det utviser personlighetstrekk og mestringsstrategier som tydelig avviker fra det søkerne er vant med, og kjenner til.

Partnervold, familievold

Beskrivelse: *Fysisk, seksuell eller psykisk vold mellom familiemedlemmer. Trusler, vold, eller seksuell atferd som kan psykisk eller fysisk skade barnet.* Denne type atferd bør føre til at søkerne blir vurdert som uegnet for adopsjon.

Søknaden bør avvises om familien:

-Viser en samhandling karakterisert ved ydmykelse og verbal aggresjon.

-Argumenterer for bruk av fysisk avstraffelse eller sterke verbale reaksjoner i oppdragelsen av barnet.

-Ikke kan oppfylle barnets grunnleggende emosjonelle, fysiske, og materielle behov.

Foreldrestress

Beskrivelse: *I hvilken grad foreldrene takler utfordringer knyttet til foreldrerollen og i forholdet til sine barn uten å bli overveldet av stress.*

I hvilken grad foreldrene vil bli overmannet av stress knyttet til den fremtidige foreldrerollen påvirkes av en rekke personlige egenskaper beskrevet over, som generell selvtillit og fleksibilitet, gode tilknytningsevner. I tillegg til foreldrenes iboende evne til å håndtere utfordringer er foreldrestress også avhengig av hvilke ressurser og utfordringer foreldre har rundt seg, som tilstedeværelse av et barn som trenger ekstra omsorg, et godt parforhold, sosial støtte, og en trygg økonomi. Tendensen til å reagere på barnerelaterte utfordringer med foreldrestress kan være utfordrende å vurdere for søkere som ikke har barn. Intervjueren/utrederen kan da stille de samme spørsmålene knyttet til utfordringer på arbeidsplassen eller i relasjoner til andre mennesker de har et nært forhold til.

Familien/søker bør kunne:

-Vise at de har en følelse av kontroll over livet sitt, og evne til mestre uforutsette utfordringer og takle tidligere perioder med store påkjenninger.

-Vise at de ikke opplever overdreven eller uhåndterbar uro og stress forbundet med

foreldrerollen, men utviser en generell selvtillit og sikkerhet i forhold til foreldrerollen.

-Oppleve glede over foreldre-barn relasjonen, uten problemer med å oppnå kontakt med barnet eller skape en god tilknytning.

-Oppleve mestring knyttet til håndtering av konflikter med barn og valg av oppdragsstrategier.

Foreldreegenskaper/Oppdragsstil

Beskrivelse: *Foreldrenes tanker og handlinger knyttet til oppdragelse av barna.*

Relasjoner som er positive for barna er preget av varme og en tydelig formidling av positive følelser og kjærlighet til barnet, følelsesmessig tilgjengelighet, sensitivitet og responsivitet, støtte, orientering mot barnets behov, det å kunne skille barnets behov fra sine egne, og en forsterking av positiv atferd hos barnet. Samtidig er det ønskelig med et fravær av relasjoner preget av streng, disiplinær, kontrollerende eller straffende tilnærming til barna, i form av skriking, trusler, kritikk, negative kommandoer, eller fysisk og verbal aggresjon.

Det er vanskelig å forutse hvordan foreldre vil håndtere sine barn i fremtiden om søker ikke har egne barn. Man kan be søker reflektere over holdninger til oppdragelse, erfaringer fra da de selv var barn, hvilke egenskaper de satte pris på ved sine foreldre, andre viktige rollemodeller, og lignende. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad refleksjon over hvordan de vil handle i fremtiden samsvarer med faktisk fremtidig atferd. Relasjonen til nåværende partner, familiemiljø, tilknytningsevne, empati, fleksibilitet, og evne til å håndtere og løse konflikter kan være en god indikasjon på fremtidige foreldreegenskaper. Her kan det være en fordel å intervju en tredjepart som kjenner søkerne godt.

Familien/søker bør kunne:

-Vurdere og reagere adekvat på signaler og behov hos barnet. Søker «speiler» barnet.

-Være villig til å sette av nok tid til barnet, gi ham/henne nok oppmerksomhet, og vise interesse for hans/hennes aktiviteter og interesser.

-Kommunisere godt med barnet, både fysisk (kosing, kjærtegn) og verbalt.

-Akseptere, trøste og støtte barnet.

-Sørge for at de har tilstrekkelig oversikt over hvor barnet er og hvem de er sammen med på fritiden, uten overdrevent behov for kontroll.

-Sette klare grenser for barnet på en konsekvent og aldersadekvat måte, ved å positivt bekrefte ønsket atferd og sanksjonere uønsket atferd på en omsorgsfull og lite fiendtlig måte.

-Oppmuntre barnet til å utfordre egne grenser og tilpasse seg alderstilpasset autonomi.

-Utvide gode kunnskaper om hvordan de best kan løse konflikter med barna, ved hjelp av samtaler og ved at barnet føler det blir hørt, samtidig som foreldrene er tydelige på sine grenser, men med evner til å inngå kompromisser for å ivareta barnets følelse av autonomi og selvbestemmelsesrett.

Egenskaper ved omgivelsene

Herunder kommer en beskrivelse av ressurser ved søker og deres omgivelse som ligger til grunn for at familien skal fungere og utvikle seg på best måte.

Jobb og økonomi

Beskrivelse: God og stabil inntekt over lang tid, lav gjeldsbyrde. Mulighet for fleksibiliteten nødvendig for å følge opp adoptivbarnet.

Søker bør:

- Ha økonomiske forutsetninger for og være innstilt på å kunne gå ned i stillingsprosent ved om de får barn med mange utfordringer
- Vise evne til å tilpasse utgifter til inntektene, og ha en jevn og stabil inntekt der det er samsvar mellom inntekt og utgifter.

Utdannelse

Beskrivelse: Anbefales utdanning tilsvarende høyskolenivå, men mest som en indikasjon på normalt gode intellektuelle evner som sikrer at de kan følge opp barnets skolegang og hjelpe til ved eventuelle akademiske utfordringer hos barna. Ved utdanningsnivå langt over gjennomsnittet, der det kan være store akademiske ambisjoner, bør man utrede hvordan søkerne stiller seg til at barna eventuelt vil ha svakere prestasjoner og lavere akademiske ambisjoner enn det de selv har hatt, og det som karakteriserer andre barn i deres omgivelser. Se beskrivelsen av realistiske forventninger over.

Boligstandard

Beskrivelse: Tilstrekkelig plass i huset for alle familiemedlemmene, og for at barnet kan utfolde seg.

Boligen bør:

- Gi foreldre (og alle andre voksne) ett eget separat soverom.
 - Gi barna mulighet til å få et eget rom etterhvert som de nærmer seg ungdomstiden.
 - Gi plass til å leke i trygge omgivelser, både inne og ute.
- Hvis kriteriene ikke er oppfylt bør det være en plan for hvordan de skal oppfylles.

Sosiale nettverk

Beskrivelse : Tilgjengelig sosial støtte fra familie og venner. Sosial støtte er viktig både som en indikasjon på søkerens sosiale ressurser, men også som en kartlegging av muligheten til å mobilisere ekstra ressurser ved behov.

Søker bør ha:

- Venner og familie som kan mobiliseres til hjelp ved behov.
- Et nært og stabilt forhold til flere venner og familiemedlemmer.
- Vist at de kan be om hjelp ved behov, uten å tenke at det er best å klare seg selv. De har tillit til at andre vil hjelpe med ved behov.

B: Adopsjonsspesifikke vurderingsindikatorer

Herunder kommer en beskrivelse av vurderingsindikatorer som er unike for vurdering av adoptivsøkere, til forskjell fra vurderingsindikatorene over som også anvendes ved genrelle vurderinger av foreldreferdigheter.

Motivasjon for å adoptere

Beskrivelse: *Motivasjon for å adoptere tar i tilstrekkelig grad utgangspunkt i barnets behov, og ikke kun et ønske om å bruke barnet til å bearbeide egne vansker eller savn.*

Søkers begrunnelse for adopsjon bør:

- Begrunnes ved et ønske om å hjelpe et barn som har hatt en vanskelig start på livet, for barnets egen skyld.
- Ikke begrunnes hovedsakelig ved behov for å skaffe eldre barn søsken, for å komme over egen sorg over å ha mistet et barn, for å tilfredstille egne behov for at noen skal trenge dem eller være glad i dem, eller for å styrke ens ekteskap/nåværende forhold.
- Ikke begrunnes ved overdreven idealisme eller ønske om å hjelpe som kan bunne i søkernes behov for å føle seg som en hjelper, eller overdrevent behov for takknemlighet fra barnet.

Foreldres (realistiske) forventninger og forståelse av hva det innebærer å fostre opp et adoptivbarn

Beskrivelse: *Realistiske forståelse av hva det vil si å bli en adoptivfamilie og realistiske forventninger til adoptivbarnets helsetilstand og hva det vil klarer å prestere.*

Det er viktig at søker ikke forventer mer av barnet enn det kan innfri. Et adoptivbarn kan være preget av tidligere erfaringer, noe som kan gå utover psykisk helse, atferd og reaksjonsmåter, og kognitive ferdigheter. Studier viser at mye kan bedres etter at barnet har kommet til et godt og stabilt hjem. Det er imidlertid slik at barnet også kommer med en genetisk disposisjon for mulige psykiske vansker, personlighet, og akademiske ferdigheter. Derfor er det viktig å undersøke om foreldrene er forberedt på og kan håndtere at barna kan få psykiske vansker de kanskje må lære seg å leve med resten av livet, eller eventuelt store akademiske utfordringer. Man bør rekruttere foreldre som har tro på hva barna kan få til, innenfor deres forutsetninger, og som formidler dette til barna. Her er søkernes tendens til å være støttende og lydhøre, og ikke kritiske og fiendtlige, viktige indikasjoner. Det er også fravær av et nevrotisk og pessimistisk livssyn som gjør at de styres av redselen og forventningen om at ting kommer til å gå galt.

Søker bør:

- Beskrive forventninger som hverken er for lave eller for høye til hvordan barnet vil tilpasse seg sin nye familie, og hvordan barnet vil utvikle seg.
- Vise til at de har tenkt over og er forberedt på hvordan de vil reagere om barnet ikke har de samme ønsker om en utdanning som søkerne eller har de samme evnene til å gjøre det bra på skolen som det søkerne er vant til hos dem selv og hos barn av venner og familie. De bør kunne akseptere barnas valg basert på barnas motivasjon til videre utdanning uten at barna vil føle de i for stor grad svikter sine foreldre. Søker bør også kunne møte sine venner og familie med en stolthet over hva barna har fått til på tross av sin vanskelige start på livet, heller enn å unnskyldte at barna ikke klarer å prestere på nivå med andre barn.
- Være forberedt på at tidlige opplevelser og utfordringer gjennom oppveksten knyttet til det

å være adoptert vil gjøre barnet mer sårbart for å utvikle psykiske vansker.

-Ha tro på hva barna kan klare, samtidig med at de formidler en aksept og stolthet over det barna klarer, gitt deres utgangspunkt.

-Være realistisk i forhold til at omgivelsene vil fokusere på at de er en adoptivfamilie og at dette temaet stadig vil bli tatt opp av andre.

-Allerede ved søketidspunkt ha tilegnet seg kunnskap om temaer som er adopsjonsspesifikke eller forhold som er unike for adoptivbarn.

-Reflektere over at barnet har opplevd flere brudd i sine nære relasjoner og at dette kan påvirke barnets evne til å knytte seg til dem, gjennom hele barnets oppvekst.

kan reflektere over barnets potensielt dårlige fysiske og psykiske form når de kommer til sine adoptivforeldre, og hvordan de vil oppleve dette.

Betydning av åpenhet og kommunikasjon rundt adopsjon

Beskrivelse: *Villighet til å snakke med barnet og andre om at barnet er adoptert, på en måte som er sensitiv for barnets egne behov.*

Det er viktig å ikke gi søker et inntrykk av at det i seg selv er viktig at barna snakker åpent om at de er adoptert. Poenget her er å vurdere i hvilken grad foreldrene vil kunne ha en åpen og nær kommunikasjon med barnet slik at barnet selv kan velge når og om de vil snakke om dette.

Søker bør:

-Være villig til å snakke med barnet om at det er adoptert på en sensitiv og aldersadekvat måte, tilpasset barnets individuelle væremåte og handlingsmønster.

-Ha tenkt gjennom når og hvordan de skal informere barnet om at det er adoptert, på en måte som er alderstilpasset og tilpasset det fremtidige barnets spesielle behov.

-Forstå betydningen av å snakke åpent med barnet om at det er adoptert, samtidig med å være sensitiv for at barnet selv kanskje ikke ønsker dette.

-Ikke ha et ønske om at familien i størst mulig grad skal se ut som en «norsk» familie hvor ingen skal forstå at barnet er adoptert.

C: Adopsjonsspesifikke vurderingsindikatorer ved utenlandsadopsjon eller adopsjon av et barn med en annen etnisk bakgrunn enn søker

Kulturformidling

Beskrivelse: *Positiv til å tilegne seg kunnskap om barnets opprinnelsesland og dets kultur, og tilrettelegging for at adoptivbarnet selv kan tilegne seg denne kunnskapen, og eventuelt reise (på besøk) til sitt opprinnelige fødeland.*

Søker bør:

-Vise villighet til å imøtegå barnas (eventuelle) behov for å lære mer om sitt hjemland og lete opp sine biologiske foreldre. Klarer å forestille seg dette behovet hos barnet uten å bli overveldet av en følelse av redsel for å miste barnet.

-Vise en evne til å være sensitiv ovenfor eventuelle behov hos barnet for kunnskap om opprinnelseslandet eller kontakt med barn i Norge med samme etniske bakgrunn, uten å være for insisterende.

-Være villig til å etablere og opprettholde kontakt med personer som tilhører samme etniske gruppe som adoptivbarnet, hvis barnet ønsker dette.

Rasisime, holdning til andre etniske grupper og andre kulturer

Beskrivelse: *Fravær av egne rasistiske holdninger, villig til å forberede barnet på mulige rasistiske holdninger fra dets omgivelser og ser betydningen av å lære barnet strategier for å håndtere dette.*

Søker bør:

- Ha en positiv holdning til personer fra andre land og andre kulturer.
- Ikke uttrykke rasistiske holdninger eller for negative stereotyper knyttet til andre etniske grupper eller kulturer.
- Ha en positiv og åpen holdning til barnets etnisk opprinnelse og kultur, og har tenkt igjennom hvordan det vil være at barnet har et annet utseende enn deres, og at omgivelsene vil kommentere denne anderledesheten.
- Gjøre barnet forberedt på mulige rasistiske holdninger, forklarer bakgrunnen for at noen mennesker har slike holdninger, og lærer barnet måter å håndtere dette.
- Være innstilt på at barnet kommer til å oppleve rasistiske kommentarer og har tenkt på hvordan de kan styrke barnet til å imøtegå kommentarene, til forskjell fra å ikke ta opp temaet i redsel for å såre barnet.

2.5.2 Anbefalinger om vurderingsmetoder

Anbefalingene bygger på diskusjonen i kapittel 2.4.

1. **Intervju.** Vi anbefaler bruk av *ustrukturert intervju* for å få et godt helhetsinntrykk av foreldrenes egenskaper og ferdigheter, og familiens og parforholdets fungering. Intervjuet bør likevel innebære en oversikt over hvilke indikatorer søkerne **skal** vurderes på, og hvordan disse kommer til uttrykk. Om utreder vurderer at en av søkerne har ulike psykiske helseutfordringer eller problemer knyttet til egen tilknytningsevne bør utreder ta i bruk mer systematiske kartleggingsverktøy som spørreskjema eller strukturert/semistrukturert intervju for å sørge for å få en bred nok kartlegging av søkenes fungering. **Intervjuet ASI** er etter vår vurdering det antatt beste instrumentet for å kartlegge foreldrenes tilknytningsevne (Bifulco et al., 2008). I tillegg anbefaler vi bruk av **PAI** til å kartlegge forekomsten av ulike psykiske vansker/lidelser og personlighetsforstyrrelser. Instrumentet er oversatt til norsk (se denne nettsiden for mer informasjon <https://hogrefe.no/no/kliniske-tester-og-verktoy/pai/>). Begge instrumenter krever kurs og sertifisering. Det er en forutsetning at ASI og PAI administreres og tolkes av en person med psykologfaglig kompetanse.
2. **Utredningspakke.** Kompleksiteten i egenskapene ved foreldrene som skal vurderes, og utfordringer ved å sikre at alle søkerne vurderes på samme måte, gjør at man bør implementere et helhetlig standardisert verktøy utviklet for å utrede adoptivsøkere som inkluderer både intervju, innhenting av nødvendig informasjon fra ulike registre, samt utfylling av standardiserte spørreskjema. Det kanadiske **vurderingsverktøyet SAFE** er et godt alternativ (<http://www.safehomestudy.org/SAFE/SAFE-Overview.aspx>). Metoden vil bidra til at søkerne bli vurdert på samme måte, og at man har verktøy til å avdekke mer problematiske forhold. I tillegg er det en metode som kan benyttes av flere fagprofesjoner etter nødvendig opplæring. SAFE er laget for å kunne vurdere både adoptivsøkere og fosterforeldre. En samkjøring av disse tjenestene vil sikre at utredere rundt om i landet vil bygge opp kompetanse på metoden gjennom flere utredningsoppdrag.

3. **Intervjue av en tredjepart**, det vil si en person som kjenner søkerne godt. Det vil gi utfyllende informasjon om hvordan søker oppfattes utenfor den litt kunstige situasjonen ved et intervju.

3 Adoptivforeldres erfaringer: Resultater fra en spørreundersøkelse blant adoptivfamilier i Norge

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant foreldre som har adoptert et barn i løpet av de siste 16 årene. Tidsavgrensningen sikrer at det ikke har gått for lang tid mellom adopsjon og utfylling av spørreskjemaet. Vi har valgt å fokusere på foreldres erfaringer i familier hvor de fleste fremdeles har barn boende hjemme. Dette er den perioden hvor barna er mest avhengige av sine foreldre, og hvor foreldrene også har de største omsorgsoppgavene knyttet til barna.

Det har oss bekjent kun en gang tidligere vært gjennomført en lignende undersøkelse i Norge. Adopsjonsforum og InorAdopt gjennomførte en undersøkelse blant sine medlemmer (adoptivforeldre) i 2013 der noen av spørsmålene tilsvarer de vi har stilt (Adopsjonsforum & InorAdopt, 2013). Undersøkelsene er imidlertid ikke helt sammenlignbare da spørsmålsformuleringene er noe forskjellige og det er ulikheter i utvalgene. Barna i vår undersøkelse vil antagelig være yngre da vi kun inkluderer adopsjoner siste 16 år, mens den tidligere undersøkelsen omfatter alle medlemmene på tidspunktet, det vil si alle foreldre som tidligere har adoptert et barn igjennom deres foreninger.

Vi vil med utgangspunkt i foreldrenes svar på spørreskjemaet søke svar på følgende spørsmål:

- (A) Hvordan opplevde søkerne vurderingsprosessen?
- (B) Hvordan opplevde foreldrene den første tiden med barnet?
- (C) Hvor stor andel av familiene oppgir å ha barn med ulike vansker?
- (D) Hva kjennetegner familiene med barn med mest vansker?
- (E) Opplever foreldrene at familien har fått den hjelpen de har hatt behov for fra hjelpeapparatet?
- (F) Hva kjennetegner familiene der foreldrene oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig hjelp?
- (G) Hva er ifølge foreldrene de mest utbredte hjelpebehovene i familiene?

3.1 Utvalg og metode

3.1.1 Datainnsamling

Målgruppen for undersøkelsen var adoptivfamilier med ikke ennå myndige adoptivbarn, både innenlands- og utenlandsadopsjoner. Man har fire ulike kategorier adopsjoner i Norge: Utenlandsadopsjoner, fosterbarnadopsjoner (adopsjon av tidligere fosterbarn), stebarnadopsjoner (adopsjon av partners barn), og innenlandsadopsjoner som ikke er fosterbarns- eller stebarnadopsjoner. Familier som har gjennomført stebarnadopsjoner ble ekskludert fra vår studie. Begrunnelsen for dette er at en stebarnadopsjon som regel hverken er traumatisk eller dramatisk, og selve adopsjonen vil heller ikke innebære

særlige praktiske endringer for barnet. Omsorgssituasjonen vil fortsette som før adopsjonen ble innvilget.

Identifisering av adoptivfamiliene. Bufdir forvalter et register over alle norske adopsjoner (Adopsjonsregisteret). Etter å ha innhentet de nødvendige tillatelser fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Rådet for fritak fra taushetsplikt, har Bufdir kunnet gi ut opplysninger om personnumrene til adoptivmødre (eller fedre der det ikke var informasjon om mødre). Vi har valgt å inkludere alle adopsjoner unntatt stebarnsadopsjoner siden 2003. Bufdir identifiserte 6390 adopsjoner i perioden 01.01.2003 – 08.10.2020. Etter å ha innhentet tillatelse fra Skatteetaten ble navn og adresser til mødrene identifisert. De 6390 barna ble adoptert inn i 5088 ulike familier.

Datainnsamlingen. FHI hadde ansvaret for innholdet i spørreskjemaet mens firmaet Sentio Research Norge (SRN) sto for datainnsamlingen. Kun en person ved FHI og en person ved SRN hadde tilgang til navnene. Ingen kunne koble navn til svarene på spørreskjemaene. Av personvern hensyn og økonomiske grunner valgte vi å ikke sende ut separate brev til mor og far, men heller sende ut en konvolutt til hver familie. Den 11. september 2020 sendte SRN ut et invitasjonsbrev til 5020 familier med identifiserbare adresser: 4996 mødre og 92 fedre der vi ikke hadde informasjon om mor. Brevet inneholdt to invitasjoner; ett til mor og ett til far, med innloggingsinformasjon til hvert deres elektroniske spørreskjema. Der foreldrene hadde flyttet fra hverandre, ble mor bedt om å sende invitasjonen videre til far. Der det var samkjønnede foreldre, ble de fortalt at de kunne velge hver sin lenke, uavhengig av kjønn. Der det kun var en adoptivforelder ble de bedt om å se bort ifra det andre brevet.

Svarprosent. Undersøkelsen resulterte i 3192 utfylte spørreskjema. Vi har mottatt svar fra 2105 av de 5020 familiene, noe som utgjør en svarprosent på 42%. Dette er en svarprosent som tilsvarer det man pleier å få i lignende undersøkelser. Vi har svar fra to foreldre i 951 familier og svar fra en forelder i 1292 familier. Totalt er det 2079 adoptivmødre og 1102 adoptivfedre som har svart.

Representativitet og begrensninger ved studien. SSB publiserer statistikk over antall og type adopsjoner basert på adopsjonsregisteret, som er samme datasett som vi har brukt. Ifølge SSB sin statistikk (<https://www.ssb.no/adopsjon>) ble det i perioden 2003 til og med 2019 gjennomført 6142 adopsjoner i Norge: 5244 utenlandsadopsjoner, 644 fosterbarnsadopsjoner, og 254 andre adopsjoner (hovedsakelig innenlandsadopsjoner). Dette utgjør henholdsvis 85%, 10% og 5%. De 2917 stebarnsadopsjonene kommer i tillegg. Dette er nesten nøyaktig samme fordeling av adopsjoner vi ser i vårt utvalg og kan tyde på at frafallet er likt fordelt etter adopsjonstype. Utover dette vet vi ikke hva som skiller de som har svart fra de som ikke har svart. Dette betyr at alle rapporteringer om forekomster må tas med forbehold om at de som ikke svarte kan ha andre erfaringer.

Målgruppen for undersøkelsen var familier med hjemmeboende adoptivbarn. Vi hadde imidlertid ikke mulighet til å identifisere familier basert på adoptivbarnas alder. Det betyr at familiene som først adopterte barna sine i voksen alder (stort sett fosterbarnsadopsjoner) også fikk tilsendt et spørreskjema. Siden spørsmålene i spørreskjemaet i hovedsak var orientert mot adoptivbarn og ikke voksne adopterte, skrev vi i invitasjonsbrevet at foreldrene kunne hoppe over alle spørsmålene om barna som ikke var aldersadekvate. Eldre adoptivbarn utgjorde imidlertid kun en liten andel av barna i undersøkelsen. Valget av fokus på barnefamilie gjør at vi ikke får nok informasjon om

den viktige overgangen mellom det å bo hjemme og det å skulle etablere seg for seg selv. Vi mister også barnas og de unge voksnes egne stemmer.

Utvalg. Vi vil i analysene i denne rapporten *ikke inkludere svarene fra de som kun har adoptert et tidligere fosterbarn*. Søknadsprosessen og vurderingen av adoptivforeldrene er forskjellig ved fosterbarnsadoptions sammenlignet med innenlands-/utenlandsadoptions. Oppfølging av fosterbarn som blir adoptert skiller seg noe fra andre nasjonale adopsjoner. Disse barna blir normalt fulgt opp før adopsjonen finner sted. Barna som var fosterbarnsadopterte skiller seg også fra de andre adoptivbarna ved at flesteparten av barna ble adoptert da de var ungdom eller unge voksne, og de var derfor unge voksne på undersøkelsestidspunktet.

Vi har mottatt svar fra foreldre i 1912 adoptivfamilier. 1855 familieenheter oppgir at de har adoptert et barn fra utlandet, og 65 familieenheter oppgir at de har adoptert et barn fra Norge, og 8 familier har adoptert et barn både fra Norge og utlandet. Det er 1833 familieenheter som kun har adoptert barn fra utlandet og 49 som kun har adoptert barn fra Norge.

Spørsmål om barnets helsetilstand/diagnoser og bruk av helsetjenester valgte vi å stille til kun en av foreldrene. Valget falt på mor, men med instruks om at far kunne fylle ut istedenfor mor der han var å regne som hovedomsorgsgiver. Utover dette svarte både mor og far på alle spørsmålene. Hver av foreldrene fylte ut spørsmål separat for hvert av adoptivbarna. Alle analysene i rapporten er basert på svarene fra mor eller far der han er hovedomsorgsgiver, om ikke noe annet er oppgitt.

3.1.2 Spørreskjema og måleinstrumenter

Spørreskjemaet ble laget i samarbeid med andre forskere ved og utenfor FHI, for deretter å bli testet ut på adoptivforeldre og andre fagpersoner med kjennskap til adoptivfeltet. Listen over ulike hjelpe- og støttetilbud og valg av temaer for undersøkelsen er diskutert med våre samarbeidspartnere i Bufdir.

Erfaringer fra undersøkelsesforløpet/screeningen og tiden rett etter adopsjon ble målt ved to spørsmålsbatterier hentet fra en tilsvarende undersøkelse gjennomført i Danmark i 2014 (Ankestyrelsen, 2014). I hvert av spørsmålsbatteriene var det listet opp seks påstander foreldrene skulle ta stilling til, som favnet ulike erfaringer den danske undersøkelsen mente var de mest sentrale. Spørsmålsformuleringene er presentert i tabell 5 og 6.

Type vansker hos barna gjennom oppveksten ble kartlagt ved å presentere foreldrene for en liste over ulike vansker barna kan ha, i dag eller på et tidligere tidspunkt i oppveksten. Listen over vansker (Se tabell 7) ble laget med tanke på å inkludere de viktigste hovedgruppene av vansker man ser hos barn i løpet av deres oppvekst. Familiene kunne rapportere flere vansker for hvert av barna. Det var også en åpen kategori hvor de selv kunne fylle inn eventuelle vansker som ikke var inkludert i listen. Vi har rapportert den samlede forekomsten av ulike vansker i familien, ikke separat for hvert barn. Dette fordi det er familien som er enheten når de rapporterer om hjelpebehov og i hvilken grad de har fått den hjelpen de har hatt behov for fra hjelpeapparatet.

Omfang av vansker hos barna i dag ble kartlagt ved en kombinasjon av svar på fire enkeltspørsmål: «*Samlet sett, hvor mye vansker har barnet i dag?*» (ingen vansker, små

vansker, tydelige vansker, alvorlige vansker); «*Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?*» (mindre enn ett år, opptil flere år, mesteparten av barnets oppvekst); «*Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene det har i dag?*» (ikke i det hele tatt, bare litt, en god del, mye); «*Påvirker vanskene barnet har i dag hans/hennes dagligliv på noen av de følgende områdene?: Innvirkning i hjemmet, sosialt, på skolen, samt belastningen på familien*» (ikke i det hele tatt, bare litt, en god del, mye). Spørsmålene er ment å fange opp omfanget av vanskene for barna, uavhengig av type vansker. Det ble kalkulert en sumskåre basert på foreldrenes svar for hvert av barna. Vi valgte deretter ut den høyeste sumskåren i hver familie. Familiene er deretter blitt delt i fire grupper: Familiene som oppgir at ingen av barna har vansker i dag (gruppe en), og de som oppgir at barna har vansker, fordelt på tre ca like store grupper etter omfanget av vanskene (gruppe to til fire).

Kartlegging av bruk av ulike helsetjenester. Foreldrene ble forelagt en liste over de viktigste hjelpetjenestene for barn som skal dekke de forskjellige behovene som kan oppstå fra spedbarnstid og frem til de er unge voksne. Foreldrene ble stilt følgende spørsmål: «*Har dere vært i kontakt med noen av de følgende tjenestene for å få hjelp til deres adoptivbarn?*» (se tabell 9). Vi inkluderte også en mulighet for at foreldrene kunne fylle inn andre relevante tilbud om helsehjelp som ikke var inkludert.

Familiens behov for helsehjelp gjennom barnas oppvekst. Vi stilte foreldrene følgende spørsmål: «*Har du i løpet av barnets oppvekst hatt behov for noen av følgende (hjelp)tilbud?*». Deretter fulgte en liste over 9 ulike eksempler på hjelpe- og støttetilbud, med svaralternativene «Ja, stort behov», «Ja, noe behov», og «Ikke hatt behov for» (se tabell 15). Listen er laget med tanke på å inkludere både tjenester som allerede finnes og tjenester vi vet adoptivforeldre tidligere har etterlyst (Adopsjonsforum & InorAdopt, 2013). Listen inkluderer også ulike profesjoner og tjenester med og uten spesialkompetanse på adopsjonsfaglige spørsmål. Foreldrene kunne også skrive inn andre typer hjelpe- og støttetilbud de har hatt behov for. Vi har valgt å kartlegge hvilken hjelp familiene har hatt behov for heller enn hjelpen de har mottatt fordi vi ønsket å identifisere behov for tiltak som ikke finnes per i dag, men som oppleves relevant for adoptivfamilier.

Om familiene har opplevd at de har fått den hjelpen de har hatt behov for ble kartlagt ved følgende spørsmål: «*Har dere fått den hjelpen dere har hatt behov for til deres adoptivbarn?*». Svaralternativene var «Ja, vi har fått all den hjelpen vi har trengt», «Ja, stort sett, men skulle gjerne hatt litt mer hjelp», «Nei, har fått langt mindre hjelp enn det vi har trengt», og «Vi har ikke hatt behov for noe hjelp».

Ønske om adopsjonsfaglig hjelp og veiledning til henholdsvis adoptivbarnet og foreldrene ble kartlagt ved følgende spørsmål: «*Om dere skulle trenge psykologisk helsehjelp til deres adoptivbarn fremover, hvor viktig ville det være at denne personen har spesialkompetanse på adoptivbarn?*», «*Om dere som foreldre skulle trenge råd eller foreldreveiledning fremover, hvor viktig ville det være at denne personen også har spesialkompetanse på adoptivbarn?*». Spesialkompetanse på adoptivbarn ble i spørreskjemaet definert som «kunnskap om hvilke utfordringer og særskilte behov denne gruppen barn og deres foreldre ofte møter, samt hva som kan gjøres for å hjelpe barna». Svaralternativene var «Svært viktig», «Litt viktig»; «Uviktig»; og «Vil helst ikke gå til noen med spesialkompetanse på adoptivbarn».

Familieøkonomi ble kartlagt ved følgende spørsmål: «*Hvordan klarer familien seg økonomisk i dag?*». Svaralternativene var «Vi klarer oss svært bra», «Vi klarer oss bra»; «Vi klarer oss», «Vi klarer oss dårlig», og «Vi klarer oss svært dårlig».

Foreldrestress ble målt med The parental Stress Scale (PSS) (Berry & Jones, 1995). Dette er et spørreskjema som kartlegger gleder og utfordringer knyttet til det å være foreldre og gir til sammen et mål på foreldrestress. Spørreskjemaet består av 18 spørsmål, det er oversatt til norsk og er funnet å ha gode psykometriske egenskaper (Nærde & Hukkelberg, 2020). Spørreskjemaet består av to typer spørsmål, noen knyttet til det å være forelder generelt (f.eks. «*Jeg føler meg overveldet av ansvaret ved å være forelder*») og noen knyttet til relasjoner til det enkelte barn (f.eks. «*Jeg trives med å bruke tid sammen med barnet*»). Spørsmålene som er knyttet til enkeltbarn ble besvart for hvert av barna foreldrene hadde adoptert. I utregning av gjennomsnittlig foreldrestress brukte vi resultatene fra barnet med høyest stress skåre, rapportert av hovedomsorgsgiver.

Resiliens er et begrep som blir brukt til å beskrive personene eller mekanismene som er assosiert med at personer klarer seg bra på tross av store utfordringer eller påkjenninger. Vi inkluderte *The Resilience Scale* (RS) (Wagnild & Young, 1993) som består av 25 spørsmål/påstander som besvares på en skala fra «helt enig» (1) til «helt uenig» (7). Instrumentet er ment å fange opp ulike mestringsstrategier og personlighetstrekk som har vist seg å kjennetegne resiliente personer (f.eks. «*Jeg kan komme meg igjennom vanskelige perioder fordi jeg har opplevd vanskeligheter før*», «*Jeg kan som oftest se en situasjon fra flere sider*» eller «*Jeg holder meg interessert i ting*»). Vi har brukt gjennomsnittsskåren fra hovedomsorgsgiver i analysene.

Livstilfredshet ble målt med *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), som gir et mål på subjektiv tilfredshet med livet. Deltagerne besvarer fem spørsmål (f.eks. «*Jeg er fornøyd med livet mitt*») som besvares på en fem-punkts-skala fra helt enig til helt uenig. Vi har brukt gjennomsnittsskåren fra hovedomsorgsgiver i analysene.

Sosial støtte ble målt gjennom tre spørsmål hentet fra *The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire* (Broadhead, Gehlbach, de Gruy, & Kaplan, 1988). Spørsmålene handler om i hvilken grad man er fornøyd med den støtten man har, eller om man skulle ønske seg mer støtte, når det gjelder hvorvidt man har noen som bryr seg om hva som skjer med en, har noen å snakke med om problemer og ting som angår en, og om man har noen å snakke med om bekymringer som gjelder barna. Spørsmålet ble besvart på en fem-punkts-skala fra «Så mye jeg ønsker» til «Mye mindre enn jeg ønsker». Vi har brukt gjennomsnittsskåren for hovedomsorgsgiver i analysene.

3.1.3 Analyseplan

Vi har undersøkt gruppeforskjeller eller forskjeller i distribusjon av svaralternativer, med chi-kvadrat test. Logistisk regresjon ble brukt for å undersøke hvilke egenskaper ved barn og foreldre som er assosiert med 1) at foreldrene har fått mindre hjelp til barna enn de har hatt behov for og 2) det å ha et barn med tydelige vansker

Vi ønsket å undersøke om det var forskjeller mellom familier med innenlands- og utenlandsadopterte barn. Vi har i disse analysene valgt ut familier som har kun innenlands- eller kun utenlandsadopterte barn, og ikke inkludert familier som har begge adopsjonsformer. Alle frekvensanalysene er utført separat for innenlands- og utenlandsadopterte. Resultatene er presentert der det er statistisk signifikante forskjeller.

Andelen familier med innenlandsadopterte barn var for liten til at vi kunne se på forskjeller mellom innenlands- og utenlandsadopterte der vi undersøker sammenhenger mellom ulike variabler, for eksempel sammenhengen mellom typer vansker og hjelpebehov.

3.1.4 Beskrivelse av utvalget

Tabell 5 beskriver utvalget i studien, separat for familiene (oppgitt av hovedomsorgsgiver), foreldrene (oppgitt av henholdsvis far og mor), og barna (oppgitt av hovedomsorgsgiver)

Tabell 5: Beskrivelse av utvalget

FAMILIENE (n=1912)		
Aleneadopsjon		5 %
Adopsjon m. partner..		
	.. og bor fremdeles sammen i dag	82 %
	.. men har flyttet fra hverandre	13 %
Sivilstatus i hele utvalget, andel gifte/samboende:		87%
Type adopsjon	Innenlandsadopsjon	n=65
	Utenlandsadopsjon	n=1855
	Begge deler	n=8
Antall adoptivbarn i familien		
	Ett adoptivbarn	54 %
	To adoptivbarn	40 %
	Tre adoptivbarn	5 %
	Fire adoptivbarn	1 %
FORELDRENE (n=2829)		Gj.sn/Median (min-max)
Alder	Mor (n = 1844)	51,3/51 (31-70 år)
	Far (n = 985)	52,3/52 (27-70 år)
Utdanning	Mor	
	Grunnskole eller videregående skole	17 %
	Universitets- eller høyskoleutdanning < 4 år	23 %
	Universitets- eller høyskoleutdanning 4+	60 %
	Far	
	Grunnskole eller videregående skole	24 %
	Universitets- eller høyskoleutdanning < 4 år	26 %

	Universitets- eller høyskoleutdanning 4+	50 %
Arbeidsdeltakelse	Mor: Andel i lønnet arbeid	86 %
	Far: Andel i lønnet arbeid	93 %
BARNA (n=2886)		Gj.sn/Median (min-max)
	Antall utenlandsadopterte barn	n=2757
	Antall innenlandsadopterte barn	n=105
Gjennomsnittlig alder ved adopsjon		
	Alle	2,0/1,5 (0-26 år)
	Utenlandsadopterte	1,9/1,5 (0-26 år)
	Innenlandsadopterte	2,9/1,0 (0-26 år)
Gjennomsnittlig alder ved deltakelse i prosjektet		
	Alle	14,4/15 (2-39 år)
	Utenlandsadopsjon	14,4/15 (2-38 år)
	Innenlandsadopsjon	13,2/11 (2,5-39 år)
Årstall for adopsjon		Median (min-maks)
	Første adopsjon	2006 (1981-2020)
	Andre adopsjon	2007 (1984-2020)
	Tredje adopsjon	2008 (1994-2019)
	Fjerde adopsjon	2009 (2002-2018)
Landbakgrunn (Utenlandsadopterte)		
	Asia	59 %
	Nord- og Sør-Amerika	23 %
	Afrika	13 %
	Europa	5 %

3.2 Hvordan opplevde foreldrene adopsjonsprosessen og den første tiden med barnet?

Vi ønsket å undersøke hvordan foreldrene hadde opplevd selve adopsjonsprosessen og den første tiden etter de kom hjem med det første barnet de adopterte. Dette kan gi oss informasjon om hvordan tilpasningen til å bli en familie opplevdes for adoptivforeldrene og gi oss et grunnlag for å vite mer om hvilken hjelp og oppfølging foreldrene kan ha behov for både underveis og i etterkant av adopsjonen. Tabell 6 viser resultater for hvordan adoptivforeldrene opplevde undersøkelsesperioden. De aller fleste av foreldrene opplevde undersøkelsesforløpet som greit. Likevel oppga ca. halvparten av foreldrene at undersøkelsesforløpet hadde vært for omstendelig, en av fire opplevde det som for nærgående, mens en av tre opplevde at undersøkelsesforløpet ikke hadde verdi som

grunnlag for en bedømmelse av deres evner som adoptivforeldre. Kun en av seks foreldre opplevde undersøkelsesforløpet som ubehagelig og kun en av syv opplevde det som for overfladisk. Det var små forskjeller mellom svarene fra mødrene og fedrene i undersøkelsen. Mor mente i litt større grad enn far at undersøkelsesforløpet ikke hadde verdi for bedømmelsen av deres evner som adoptivforeldre. Mor var imidlertid mer avvisende enn far til at undersøkelsesforløpet hadde vært for omstendelig, for nærgående, eller overfladisk.

Tabell 6: «Hvordan opplevde du vurderingene og undersøkelsesforløpet frem mot en godkjenning av deg som adoptivforelder?» Svarene presenteres separat for mor (n=1821) og far (n=973).

Undersøkelses-forløpet ...	I høy grad		I noe grad		I mindre grad		Slett ikke		χ^2
	mor	far	mor	far	mor	far	mor	far	
«... opplevdes som greit»	56%	54%	34%	33%	7%	10%	3%	3%	IS
... var for omstendelig	14%	15%	37%	38%	18%	26%	31%	21%	**
... var for nærgående	6%	6%	21%	21%	27%	33%	46%	40%	*
... hadde ingen verdi som grunnlag for å bedømme våre evner som adoptivforeldre	9%	7%	29%	25%	26%	31%	36%	37%	*
... var ubehagelig	2%	3%	15%	14%	25%	27%	58%	56%	IS
... var overfladisk	2%	2%	13%	11%	22%	29%	63%	58%	*

Note: Chi-square test, IS = ikke signifikant, * = $p < .05$, ** $p < .001$.

Etter at foreldrene har hentet hjem sitt adoptivbarn, kommer en periode der barn og foreldre må tilpasse seg hverandre. Vi ønsket å undersøke hvordan foreldrene opplevde den første tiden etter at de kom hjem med det første barnet de adopterte, og om eventuelt mødrene og fedrene hadde opplevd dette forskjellig. Resultatene presentert i Tabell 7 tyder på at ca. halvparten av foreldrene har opplevd stor grad av mestring den første tiden med barnet, med forbehold om at det ikke er andre områder enn de som er inkludert i undersøkelsen som har skapt flere vansker. Samtidig oppgir mellom ¼ og 1/3 av foreldrene at de ulike områdene har vært litt eller svært vanskelig. Det å tilpasse parforholdet til deres nye rolle som foreldre rapporteres som mest utfordrende. De fleste forskjellene mellom kjønnene kom av at mødrene i litt større grad enn fedrene rapporterte at oppgavene var «Svært lett», spesielt når det gjaldt det å kommunisere med barnet og få barnet til å tilpasse seg nye rutiner.

Innenlands- vs. utenlandsadopsjoner Sammenlignet med hovedsorgsgiverne til barn som var adoptert fra Norge, oppga hovedsorgsgiverne til utenlandsadopterte signifikant oftere ($p < .005$) at det var vanskelig å tilpasse parforholdet til den nye rollen som foreldre (26 % vs. 15 %), og de oppga signifikant oftere at det var vanskelig å få nødvendig helsehjelp til barnet den første tiden (21 % vs. 9 %). Ellers var det ingen statistisk signifikante forskjeller.

Tabell 7: «Hvor lett eller vanskelig opplevde du tiden etter at du kom hjem med det første barnet dere adopterte?» Svarene presenteres separat for mor (n=1820) og far (n=975).

	Svært vanskelig		Litt vanskelig		Litt lett		Svært lett		χ^2
	mor	far	mor	far	mor	far	mor	far	
Skape en tett tilknytning til barnet	7%	5%	22%	24%	23%	26%	48%	45%	IS
Finne meg til rette i foreldrerollen	3%	2%	19%	18%	26%	32%	52%	48%	*
Kommunisere med mitt barn	5%	4%	17%	21%	26%	32%	52%	43%	**
Få barnet til å passe inn i dagens rutiner	2%	3%	13%	18%	32%	37%	53%	42%	**
Tilpasse parforholdet til den nye rollen som foreldre	4%	2%	22%	22%	33%	38%	42%	38%	*
Få nødvendig helsehjelp til barnet	7%	4%	14%	12%	23%	25%	56%	59%	*

Note: Chi-square test, IS = ikke signifikant, * = $p < .05$, ** $p < .001$.

3.2.1 Oppsummering og diskusjon

Hvordan opplevde søkerne vurderingsprosessen forut for adopsjon? Resultatene tyder på at foreldrene har en positiv erfaring fra prosessen der de ble intervjuet og vurdert med tanke på deres egnethet som foreldre. Det er intervjuernes oppgave å stille nærgående spørsmål for å avdekke sider ved familiene som ikke er forenlige med et godt foreldreskap. Det at halvparten opplever undersøkelsesforløpet som for nærgående kan være et tegn på at utrederne gjør det de skal. Det er nesten ingen som har opplevd undersøkelsesforløpet som svært ubehagelig. Det er imidlertid viktig å huske på at vi kun har svar fra de som ble vurdert som egnet for adopsjon. Vi vet ikke hvordan de som ble vurdert som uegnet har opplevd prosessen. Sammenlignet med den danske studien (Ankestyrelsen, 2014), viser resultatene våre i stor grad det samme bildet, selv om flere danske foreldre rapporterte at undersøkelsesforløpet var for nærgående (om lag 45 %) sammenlignet med norske adoptivforeldre (27 %).

Hvordan opplevde foreldrene den første tiden med barnet? Resultatene kan tyde på at halvparten av foreldrene har opplevd den første tiden som uproblematisk. Samtidig er det en ikke ubetydelig andel som opplevde denne tiden som utfordrende, både når det gjaldt det å knytte bånd til barnet og det å skulle tilpasse rutiner og forholdet til deres nye hverdag. Dette kan tyde på at familiene med fordel kunne hatt nytte av mer råd og veiledning denne første tiden med barnet. Resultatene er i hovedsak sammenfallende med den danske studien, selv om danske adoptivforeldre opplevde gjennomgående den første tiden som mer vanskelig enn de norske foreldrene. På ett spørsmål var det imidlertid store forskjeller. Nærmere 60% av danskene opplevde at det var vanskelig å skape en tett tilknytning til barnet, mot ca. 30% i vår undersøkelse. Det er vanskelig å vite hva som kan være årsaken til dette.

3.3 Hvor stor andel av familiene oppgir å ha barn med ulike typer vansker?

I dette delkapittelet rapporterer vi hvor mange av adoptivfamiliene som har hatt eller som i dag har ansvar for ett eller flere barn med ulike typer og omfang av vansker, slik dette er rapportert av hovedomsorgsgiver.

Resultatene i tabell 8 viser at det er mange familier som **i dag eller tidligere** har hatt barn med til dels alvorlige vansker. 1/3 av familiene oppgir at de har barn som har eller har hatt tilknytningsforstyrrelser, lettere psykiske vansker, lese- og skrivevansker, eller atferds-/aggresjonsproblemer. En fjerdedel av familiene oppgir at de har eller har hatt barn med alvorlige konsentrasjonsvansker, språkvansker og/eller identitetsproblemer knyttet til det å være adoptert. Hele 19% oppgir at de har et barn med en alvorlig psykiatrisk diagnose. Vi ser videre at familier med innenlandsadopterte barn sjeldnere opplever å ha barn med ulike psykiske vansker og språk- og læringsvansker, sammenlignet med familier med utenlandsadopterte barn.

Samlet sett oppga 74 % av hovedomsorgsgiverne at de har barn som har hatt én eller flere av vanskene nevnt i tabell 8: 53 % for familier med innenlandsadopterte barn og 75 % for familier med utenlandsadopterte barn ($\chi^2 = 11,4$ ($df = 1$) $p < .001$). Blant familiene som besvarte spørsmålene om vansker i løpet av oppveksten, var det 24 % av familiene oppga at de hadde hatt barn med 1-2 av vanskene, 15 % oppga 3-4 av vanskene, 13 % oppga 5-6 av vanskene, og 23 % oppga at de i deres familie hadde opplevd syv vansker eller mer hos deres barn. I tillegg oppgir 11% av familiene at de har et barn med alvorlig eller mindre alvorlig funksjonsnedsettelse.

Tabell 8: Andelen familier med barn som nå eller tidligere har hatt følgende helse- eller atferdsproblemer. N=1912 hovedomsorgsgivere

Andelen familier som nå eller tidligere har hatt:	
Atferdsproblemer, utagerende, aggresjon	38 %
Psykisk vanske (usikkerhet, nedstemthet og engstelse)	38 %
Lese- og skrivevansker eller andre lærevansker	38 %
Sosiale vansker, problemer med å få venner	35 %
Andre vansker oppgitt av foreldrene	33 %
Tilknytningsforstyrrelse	32 %
Identitetsproblemer knyttet til å være adoptert	28 %
Språkvansker (utover perioden med å lære seg norsk)	27 %
Alvorlige konsentrasjonsvansker eller ADHD	25 %
Psykisk lidelse (angst, depresjon, psykose, spiseforstyrrelse)	19 %
Skoleskulk, droppet ut av skolen	13 %
Fysisk sykdom (alvorlig medisinsk sykdom)	10 %
Psykisk utviklingshemming	7 %
Fysisk funksjonsnedsettelse	5 %
Autismespekterforstyrrelse	4 %
Problemer med rusmidler	4 %

Note: Foreldrene har her mulighet til å gjøre flere valg for hvert barn, slik at det samme barnet kan ha flere vansker.

Hvor mange familier har barn med vansker i dag? Vi stilte foreldrene følgende spørsmål, separat for hvert av barna: *Samlet sett, hvor mye vansker har barnet i dag?* Svaralternativene var ingen vansker, små vansker, tydelige vansker, og alvorlige vansker. Dette er et samlemål på graden av vansker i dag, uavhengig av type vanske. 39% av familiene oppgir at barna per i dag ikke har noen vansker. 61% av familiene oppgir at de har ett eller flere barn med vansker i dag (45 % med ett barn, 16 % med flere barn). Forekomsten for familiene med utenlandsadopterte var 46% med ett barn og 16% med to eller flere barn, mens for familiene med innenlandsadopterte var forekomsten henholdsvis 22 % og 14 % ($\chi^2 = 14.7$ ($df = 4$) $p = .005$). Videre fant vi at 29 % oppgir å ha ett eller flere barn med *tydelige eller alvorlige vansker i dag*. Tallene for ett og flere barn er henholdsvis 25 % og 4 %. Her var det ingen forskjeller mellom familier med innenlands og utenlandsadopterte barn.

3.3.1 Oppsummering og diskusjon

Hvor stor andel av familiene oppgir å ha barn med ulike vansker? Hensikten med dette kapittelet har vært å kartlegge hvor mange adoptivforeldre som har barn med ulike vansker. Vi baserer oss på informasjon gitt av enten mor eller far. Om vi hadde hatt mulighet til å spørre barna, ville vi ha fått mer utdypende informasjon om omfanget av vansker, særlig hos de eldste ungdommene. Det er likevel grunn til å anta at foreldrene er klar over barnas helsetilstand, i hvert fall der det har vært alvorlige og langvarige helseplager. Vi ønsker i neste omgang å se på omfanget av vansker opp mot i hvilken grad foreldrene opplever de har fått tilstrekkelig helsehjelp.

Vi har sett at tre av fire av familiene oppgir at de har barn som i løpet av sin oppvekst har hatt en eller flere psykiske og/eller fysiske vansker, og litt over en av tre av familiene oppgir at barna per i dag har tydelige eller alvorlige vansker. Vi kan ikke sammenligne direkte forekomsten av vansker i vårt utvalg av adoptivbarn med ikke-adopterte barn, men det er likevel grunn til å anta at forekomsten av vansker er høyere hos adoptivbarn sammenlignet med den generelle barnebefolkningen i Norge. I rapporten «Psykisk helse i Norge» oppsummeres forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge beregnet ut fra nasjonale og internasjonale undersøkelser (Reneflot et al., 2018). Her fant man en forekomst på 2-3% for depresjon, 2-3% for angst, 1% for ulike former for psykisk utviklingshemming, 1-2% for autisme, 2% for ADHD, og 7% for lese- og skrivevansker blant barn og unge. Dette er beregninger av hvor mange som har ulike psykiske lidelser til enhver tid, eller i løpet av ett år. Selv om tallene varierer sterkt mellom undersøkelsene, viser enkelte større internasjonale studier at om man ser på hvor mange barn som får en psykisk lidelse gjennom oppveksten, fant man at dette gjaldt 45% hos 6-8 åringer og 50% av ungdommene (Merikangas, 2010a; Kroes, 2001). I vår undersøkelse har vi forekomst av vansker, både fysiske vansker og psykiske plager (ikke definert som diagnostiserbare lidelser) basert på foreldrerapport om hvor mange som har hatt vanskene i løpet av oppveksten. Undersøkelsen kan dermed ikke sammenlignes med studier som har undersøkt forekomst av psykiske lidelser i ulike befolkningsutvalg. Men samlet sett indikerer resultatene våre at omfanget av vansker kan være høyere hos adoptivbarn sammenlignet med andre barn, og forekomsten av foreldrerapporterte alvorlige vansker er høy nok til at det er grunn til bekymring for denne gruppen og behov for videre undersøkelser.

Om vi sammenligner med andre studier av adoptivbarn, viser de fleste nyere internasjonale studier at forekomsten av vansker hos adoptivbarn er høyere enn hos andre barn og at andelen adoptivbarn med til dels alvorlige vansker er økende (Askeland et al., 2017; Bimmeål, Juffer, van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2003; Juffer & van Ijzendoorn, 2005; Miller et al., 2016; Selman, 2012). En norsk representativ studie av ungdom bosatt i Hordaland fant at utenlandsadopterte ungdom hadde en høyere forekomst av søvnvansker (Askeland 2020), depresjon, ADHD, OCD (Askeland 2015) og problematisk alkoholbruk (Askeland 2017), sammenlignet med annen ungdom. En fransk studie av internasjonalt adopterte barn fant at 65 % av adoptivforeldrene rapporterte at deres barn hadde minst én vanske, som f.eks. lærevansker, oppmerksomhetsvansker, fysiske vansker eller emosjonelle vansker. Flere hadde også mer sammensatte vansker (Miller et al., 2021). Dette stemmer godt overens med det vi finner i vår studie.

Det er viktig å minne om at vi kun har svar fra litt under halvparten av de inviterte familiene. Vi vet ikke om familiene som deltok er representative for de som har valgt å ikke delta i undersøkelsen. Tidligere studier tyder imidlertid på at familier med mindre ressurser og mer utfordringer i større grad unnlater å delta på spørreundersøkelser. Man finner for eksempel at forekomsten av alvorlige vansker hos både barn og voksne er større ved registerstudier (der man har hele populasjonen) sammenlignet med spørreundersøkelser. Det er derfor rimelig å anta at omfanget av vansker ville vært større om man hadde fått svar fra hele utvalget. Det er også viktig å ha i mente at utvalget består av mange små barn, som kan utvikle mer vansker eller andre typer vansker senere i oppveksten. Dette gjør at det er grunn til å forvente at forekomsten av vansker er en del lavere enn det man hadde fått om man hadde kartlagt hvor mange adoptivbarn som får en eller flere vansker i løpet av barndommen.

Til sist er det viktig å vurdere i hvilken grad resultatene er påvirket av at datainnsamlingen ble gjennomført ni måneder inn i pandemien. Er omfanget av vansker representative for perioden før pandemien? Vårt svar til dette er ja. Vi finner at de fleste vanskene som foreldrene oppga hos barna startet lenge før pandemien kom til Norge.

3.4 Hva kjennetegner familiene med barn med mest vansker?

Analysene i denne delen omhandler hva som i dag kjennetegner familiene med barn med mest vansker, rapportert av hovedomsorgsgiver. Vi valgte ut spørsmål fra spørreskjemaet som dekker forhold som har vist seg å ha sammenheng med vansker hos adoptivbarn i tidligere internasjonale studier, som antall adopterte barn i familien (Averett, Nalavany, & Ryan, 2009; Santos-Nunes, Narciso, Vieira-Santos, & Roberto, 2017), mødrenes utdanning (Kirkpatrick, McGue, & Iacono, 2009; Neiss & Rowe, 2000), familieøkonomi (Vandivere & McKlinton, 2010; B. Vinnerljung, F. Lindblad, A. Hjern, F. Rasmussen, & M. Dalen, 2010), mors alder ved adopsjon (Elmund et al., 2007), mors sivilstatus (Elmund et al., 2007; Wicks, Hjern, & Dalman, 2010), manglende tilgang på sosial støtte for familien (Leung & Erich, 2002), opplevd foreldrestress (Farr, Forssell, & Patterson, 2010; Tan, Camras, Deng, Zhang, & Lu, 2012), og psykisk helse (Brooker et al., 2015; Pemberton et al., 2010).

Tabell 9 viser sammenhengen mellom de ulike forklaringsvariablene og sannsynligheten for at familiene rapporterer at de har barn med tydelige vansker. Resultatene er basert på svar fra mor, eller far der han oppgir å være hovedomsorgsgiver. Kolonnen med bivariater resultater viser til sammenhengen mellom hver forklaringsvariabel og sannsynligheten for

at barna har tydelige vansker, versus ingen vansker eller mindre vansker. Det er imidlertid stor sammenheng mellom de ulike forklaringsvariablene. Hvor gamle barna er påvirker grad av vansker da økt alder øker sannsynligheten for at foreldrene har oppdaget og fått vurdert eventuelle vansker hos barna. Det er grunn til å tro at det er en sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og mange av de inkluderte forklaringsvariablene. I kolonnen med multivariate resultater har vi derfor sett på sammenhengen mellom forklaringsvariablene og sannsynligheten for at barnet har vansker, når vi samtidig tar hensyn til sammenhengen mellom forklaringsvariablene. Det er kun de variablene der det er en signifikant bivariat sammenheng som blir inkludert i den multivariate analysen.

Tabell 9: Sammenhengen mellom egenskaper ved barn og familien, og i hvilken grad foreldrene oppgir at barna har tydelige eller alvorlige vansker i dag. Logistisk regresjon. N=1803 hovedomsorgsgivere.

	Bivariat		Multivariat	
	OR	CI (95 %)	OR	CI (95 %)
Gjennomsnittlig alder på barna	1.04***	(1.02-1.06)	1.02	(0.99-1.05)
Antall adopterte barn	1.96***	(1.67-2.30)	1.75***	(1.14-2.18)
Bor i en bygd (referanse)				
Bor i en liten by	1.16	(0.90-1.50)		
Bor i en stor by	0.97	(0.76-.1.22)		
>3 års høyere utdanning (ref)				
1-3 års høyere utdanning	0.81	(0.63-1.04)		
Grunnskole eller videregående	0.82	(0.62-1.08)		
Dårlig familieøkonomi	1.65***	(1.40-1.93)	1.40**	(1.14-1.72)
Mors alder ved 1. adopsjon	0.97**	(0.95-0.99)	0.99	(0.97-1.02)
Gift/samboer eller enslig	1.11	(0.83-1.48)		
Sosial støtte	0.62***	(0.55-0.70)	1.03	(0.86-1.23)
Foreldrestress	11.97***	(9.34-15.35)	12.41***	(9.26-16.63)
Livskvalitet	0.47***	(0.41-0.53)	0.89	(0.72-1.11)

Note: *p< .05, **p<.01 ***p< .001

Resultatene viser at hovedomsorgsgiverne som rapporterer at de har barn med tydelige vansker kjennetegnes ved at de har flere og eldre barn, dårligere familieøkonomi, de er yngre, er mindre fornøyd med graden av sosial støtte, har dårligere livskvalitet, og opplever mer foreldrestress. Hovedomsorgsgivers utdanningsnivå, hvor de bor, og om de er enslige eller ei samvarierer ikke med omfang av vansker hos barna. De multivariate analysene viser at det som tydeligst skiller familiene med og uten tydelige vansker er mye foreldrestress og dårligere familieøkonomi. Graden av foreldrestress er antagelig det som forklarer hvorfor de har lavere livskvalitet og er mindre fornøyd med støtten de får fra omgivelsene.

Hva kjennetegner familiene med barn med mest vansker? Analysene kan ikke si noe om det er foreldrestress og dårlig økonomi som fører til større omfang av vansker hos barna, eller motsatt. Antagelig går effekten begge veier. En rekke studier har vist at foreldre med barn med vansker kjennetegnes av at de opplever mye stress knyttet til det å være foreldre (Eanes & Fletcher, 2006; Judge, 2003; Viana & Welsh, 2010). Samtidig er det studier som tyder på at foreldrestress også kan ha en direkte negativ påvirkning på barna

(Farr et al., 2010; Tan et al., 2012). Uansett viser analysene at det ikke ser ut til at mer strukturelle forhold som var der før barnet kom til familien, som mors alder, bosted og utdanning, har noe å si for sannsynligheten for at barnet utvikler vansker. Det som i størst grad kjennetegner familiene, er heller konsekvensene ved det å ha et barn med vansker, med forbehold om at analysene ikke er egnet til å kunne si noe om årsaksretningen. Funnene kan tolkes som en indikasjon på at familiene kan ha behov for hjelp til å takle den utfordrende situasjonen.

3.5 Opplever foreldrene at familien har fått den hjelpen de har hatt behov for?

3.5.1 Bruk av ulike helsetjenester

Et mål med spørreundersøkelsen blant adoptivforeldre var å undersøke om de får den hjelpen de trenger til sine barn. Flere av vanskene foreldrene rapporterer om hos barna fordrer hjelp fra psykolog/psykiater, lege, eller pedagog. Det er derfor grunn til å anta at familiene har vært i kontakt med en eller flere hjelpe- og støttetilbud gjennom barnas oppvekst.

Tabell 10: Andelen familier som har vært i kontakt med ulike tjenester for å få hjelp til sitt adoptivbarn i løpet av barnets oppvekst. N=1912 hovedsorgsgivere.

Skolehelsetjenesten/helsesøster/helsesykepleier/helsestasjon	55 %
Skolen/barnehage	52 %
Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)	48 %
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	35 %
Leger i spesialisthelsetjenesten	29 %
Nettforum eller andre støttegrupper med andre adoptivforeldre	17 %
Ulike interesseorganisasjoner for adoptivforeldre	16 %
Familieteam eller andre psykologiske hjelpetiltak i kommunen	14 %
Privatpraktiserende psykologer/psykiatere	14 %
Barneverntjenesten	11 %
NAV	13 %
Familievernkontoret	10 %
Habiliteringstjenesten	7 %
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	5 %

Som vi ser av tabell 10, oppgir nesten halvparten av familiene å ha vært i kontakt med pedagogisk psykologisktjeneste (PPT) for å få hjelp til ett eller flere av sine adoptivbarn. Videre har over halvparten av familiene hatt kontakt med andre skolebaserte tjenester

og/eller helsestasjonen for å få hjelp. Det er også viktig å merke seg at en av tre familier har hatt kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). BUP er en spesialisthelsetjeneste som krever henvisning av fastlegen, og det høye antallet som har vært henvist dit er derfor en klar indikasjon på at barna har hatt vansker som tydelig går ut over deres fungering. En nesten like stor andel av familiene har hatt kontakt med leger i spesialisthelsetjenesten, noe som kan tyde på at mange av barna også har eller har hatt mer alvorlige medisinske problemer. I tillegg oppga 12 % at de hadde vært i kontakt med andre tjenester enn de som var listet opp over. Blant de hyppigst nevnte tjenestene (i tilfeldig rekkefølge) var Bufetat, fysioterapeut, spesialister på autisme, fastlege, kurs med Joachim Haarklou (tilbyr kurs om tilknytningsforstyrrelser), logoped og Statped. Samlet sett viser resultatene at familiene er hyppige brukere av ulike hjelpe- og støttetilbud, noe som stemmer overens med forekomsten av vansker hos adoptivbarna.

Det er viktig å huske på at resultatene reflekterer alle tjenestene familiene har vært i kontakt med per i dag, uavhengig av alder. Det betyr at tjenestebehovet for de minste barna er overrepresentert. Om man hadde fulgt alle familiene gjennom barnas oppvekst ville tallene vært høyere, og i større grad reflektert eldre barns tjenestebehov. Vi har også kartlagt hvilke tjenester de har hatt kontakt med. Det er grunn til å anta at mange har vært henvist uten at de har fått en time, på grunn av kapasitetsproblemer eller at problemene ikke var vurdert som alvorlige nok.

Våre resultater sammenfaller med resultatene fra undersøkelsen til Adopsjonsforum og InorAdopt (2013). Her fant man at 47 % rapporterte om kontakt med helsestasjon for å få hjelp og støtte ved utfordringer, 41 % rapporterte om kontakt med PPT, og 28 % rapporterte om kontakt med BUP. Begge undersøkelsene viser at en høy andel adoptivforeldre er i kontakt med hjelpetjenestene, selv om tallene er litt høyere i vår undersøkelse.

Innenlands- og utenlandsadopterte. De eneste områdene der det var signifikant forskjell mellom innenlands- og utenlandsadopterte gjaldt kontakt med skole/barnehage eller skolehelsetjenesten (utenlandsadopterte 52 %, innenlandsadopterte 37 %; $\chi^2 = 4.3$ ($df = 1$) $p = .038$), kontakt med privatpraktiserende psykolog/psykiater (utenlandsadopterte 15 %, innenlandsadopterte 4 %, $\chi^2 = 4.3$ ($df = 1$) $p = .038$), samt når det gjaldt kontakt med interesseorganisasjoner for adoptivforeldre (utenlandsadopterte 16 %, innenlandsadopterte 4 %, $\chi^2 = 5.4$ ($df = 1$) $p = .020$).

3.5.2 Foreldrenes opplevelse av i hvilken grad de har fått den hjelpen de har hatt behov for til deres adoptivbarn

Resultatene i tabell 11 viser at om lag halvparten av foreldrene enten ikke har hatt behov for hjelp, eller har fått all den hjelpen de har hatt behov for til sitt adoptivbarn. Den resterende halvparten av foreldrene oppgir at de har fått mindre eller langt mindre hjelp enn de hadde hatt behov for. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som hadde adoptert sitt første barn de siste fem årene og de øvrige, og det var heller ingen signifikante forskjeller mellom familier med innenlands- og utenlandsadopterte barn. Det er viktig å også her huske på at det er stor variasjon i alderen til barna. Om man hadde

fulgt alle barna frem til de ble unge voksne kan det både hende at flere hadde fått den hjelpen de hadde hatt behov for eller at flere ikke hadde fått nok hjelp.

Tabell 11: «Har dere fått den hjelpen dere har hatt behov for til deres adoptivbarn?» N=1840 hovedomsorgsgivere.

«Ja, vi har fått all den hjelpen vi har trengt»	37 %
«Ja, stort sett, men skulle gjerne hatt litt mer hjelp»	35 %
«Nei, har fått langt mindre hjelp enn det vi har trengt»	17 %
«Vi har ikke hatt behov for noe hjelp»	11 %

Sammenhengen mellom hjelpebehov og omfanget av vansker hos barnet

Familiens hjelpebehov påvirkes av omfanget av vansker hos barna. Vi undersøkte derfor i hvilken grad familiene med barn med vansker opplever å få tilstrekkelig hjelp. Blant familiene som oppga at de per i dag hadde ett eller flere barn med tydelige eller alvorlige vansker, oppga 41 % (n = 222) at de hadde fått langt mindre hjelp enn de hadde trengt.

Vi har videre vurdert sammenhengen mellom omfanget av vanskene hos barna og i hvilken grad familiene har fått den hjelpen de har trengt. Omfanget av vansker ble kartlagt med et samlemål med informasjon om foreldrenes opplevelse av vanskenes samlede alvorlighetsgrad, hvor lenge vanskene har vart, og i hvilken grad vanskene går ut over barnets fungering på ulike arenaer. Basert på denne informasjonen er barna med vansker fordelt i tre grupper etter alvorlighetsgrad. Fremgangsmåten er nærmere beskrevet i metoddelen, kapittel 3.1.2. Vi ser av Tabell 12 at blant den tredjedelen av familiene med barn med mest vansker, er det kun 8 prosent som oppgir at de har fått all den hjelpen de har hatt behov for til sitt barn. Halvparten av disse familiene sier at de har fått langt mindre hjelp enn de har hatt behov for til sine barn. Om en også inkluderer de foreldrene som gjerne skulle hatt litt mer hjelp, ser vi at ni av ti av foreldrene til barna med mest vansker oppgir at de gjerne skulle hatt mer hjelp enn det de har fått til barna sine.

Tabell 12: Fordelingen av i hvilken grad familiene mener de har fått den hjelpen de har hatt behov for til sine adoptivbarn, etter omfanget av vansker hos barna i dag. N=1837 hovedomsorgsgivere.

	Omfang av vansker			
	Mest vansker n= 362	Middels vansker n= 377	Minst vansker n= 408	Ingen vansker n=690
«Ja, vi har fått all den hjelpen vi har trengt»	8 %	19 %	44 %	58 %
Ja, stort sett, men skulle gjerne hatt litt mer hjelp	40 %	57 %	43 %	14 %
Nei, har fått langt mindre hjelp enn det vi har trengt	51 %	23 %	7 %	2 %
Vi har ikke hatt behov for noe hjelp	1 %	1 %	6 %	26 %
	100 %	100 %	100 %	100 %

Note. $\chi^2 = 926,54$ ($df = 9$) $p < .001$.

Vi ønsket videre å se i hvilken grad foreldre som har ett barn med en fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse opplever å ha fått den hjelpen de har hatt behov for til sitt barn. Fordelingen i tabell 13 viser at en tredjedel av foreldrene som har ett eller flere barn med en alvorlig eller mindre alvorlig fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse opplever å få langt mindre hjelp enn de har hatt behov for. Dette gjelder for omtrent halvparten av foreldrene med barn med alvorlige funksjonsnedsettelser.

Tabell 13: Fordelingen av i hvilken grad familiene mener de har fått den hjelpen de har hatt behov for til deres adoptivbarn, etter i hvilken grad barnet har en funksjonsnedsettelse. N = 1840 hovedomsorgsgivere.

	Ingen funksjonsnedsettelse	Alvorlig eller mindre alvorlig funksjonsnedsettelse	Kun alvorlig funksjonsnedsettelse
	n = 1632, 89 %	n = 208, 11 %	n = 28, 1,5 %
«Ja, vi har fått all den hjelpen vi har trengt»	38 %	25 %	21 %
«Ja, stort sett, men skulle gjerne hatt litt mer hjelp»	34 %	43 %	25 %
«Nei, har fått langt mindre hjelp enn det vi har trengt»	15 %	31 %	54 %
«Vi har ikke hatt behov for noe hjelp»	13 %	1 %	0 %
	100 %	100 %	100 %

Note. Tabellen viser prosentvis fordeling av svar ut fra om ett av barna har en alvorlig eller mindre alvorlig funksjonsnedsettelse av fysisk eller psykisk form, samt for den delen av utvalget som har en alvorlig fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse.

Vi undersøkte videre sammenhengen mellom hvilke vansker barna har hatt, og i hvilken grad familiene opplever at de har fått den hjelpen de har hatt behov for. Vi ser av tabell 14 at det er familiene med barn med autismespekterforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, rusproblemer og problemer med skoleskulk eller frafall som i størst grad opplever at de ikke har fått den hjelpen de har hatt behov for til sine barn. Deretter følger familiene med barn med ulike psykiske lidelser som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, ADHD, og autismespekterforstyrrelser. For de resterende vanskene er det rundt 1/3 som rapporterer om utilstrekkelig hjelp, som fremdeles er svært høyt. Det er viktig å legge til at mange av barna har flere vansker.

Tabell 14: Sammenhengen mellom hvilken type vansker barna har hatt, og i hvilken grad familiene føler de har fått den hjelpen de har hatt behov for til sitt barn. N=1840 hovedomsorgsgivere.

Barnas vansker	Vi har fått langt mindre hjelp enn det vi har hatt behov for
Problemer med rusmidler	58 %
Alvorlig psykisk utviklingshemming	57 %
Autismespekterforstyrrelse	44 %
Skoleskulk, droppet ut av skolen	44 %
Mindre omfattende psykisk utviklingshemming	39 %
Psykisk lidelse (angst, depresjon, psykose, spiseforstyrrelse)	38 %
Andre vansker	37 %
Alvorlige konsentrasjonsvansker eller ADHD	37 %
Tilknytningsforstyrrelse	35 %
Identitetsproblemer knyttet til å være adoptert	33 %
Sosiale vansker, problemer med å få venner	33 %
Alvorlig fysisk funksjonsnedsettelse	33 %
Atferdsproblemer, utagerende, aggresjon	33 %
Psykisk vanske (usikkerhet, nedstemthet, engstelse)	29 %
Fysisk sykdom (alvorlig medisinsk sykdom)	29 %
Lese- og skrivevansker eller andre lærevansker	28 %
Språkvansker (utover perioden med å lære seg norsk)	28 %
Mindre alvorlig fysisk funksjonsnedsettelse	21 %

3.5.3 Oppsummering og diskusjon

Opplever foreldrene at familien har fått den hjelpen de har hatt behov for fra hjelpeapparatet?

Resultatene viser at selv om en stor andel av familiene har mottatt ulike former for helsehjelp, rapporterer halvparten av hovedomsorgsgiverne at de skulle ønske seg mer helsehjelp enn de har mottatt. Over halvparten av foreldrene med barn med alvorlige behandlingstrengende diagnoser opplever at de har fått langt mindre hjelp enn de har hatt behov for. Det er ingen tvil om at foreldrene opplever at de ikke får tilstrekkelig hjelp til sitt barn. Det er likevel grunn til å problematisere hva det betyr at foreldrene oppgir at de har fått langt mindre hjelp enn de har trengt til sitt barn. For noen kan det bety at de ikke har fått noe hjelp. Andre kan ha fått hjelp til sitt barn, men ikke tilstrekkelig utfra foreldrenes eller andres vurdering. Eller de opplever å få hjelp, men at hjelperne ikke har

den kompetansen som trengs. Det kan også hende at barna har fått mye og relevant hjelp, men at dette ikke oppleves som tilstrekkelig da barnet ikke blir bedre, eller hvor tilrettelegging i skolen ikke er tilstrekkelig til at barnet klarer å ta til seg læring. Det er en kjensgjerning at det ikke alltid er slik at barnas symptomer forsvinner etter medisinsk eller psykologisk behandling, eller pedagogisk tilrettelegging.

Resultatene baserer seg på foreldrenes subjektive opplevelse. Vi har ingen objektive mål hvor en profesjonell helsearbeider har vurdert barnets hjelpebehov, eller i hvilken grad barnet har fått nok hjelp. Vi mener imidlertid at om man kombinerer resultatene som viser omfanget av vansker hos adoptivbarna med foreldrenes opplevelse av å ikke få tilstrekkelig hjelp, er det grunn til å anta at familiene får mindre hjelp enn de har behov for. Det er også viktig å påpeke at dette er ikke adoptivfamiliene alene om. Funnene samsvarer med andre norske studier av foreldre med barn med psykiske og fysiske funksjonshemminger (Demiri & Gundersen, 2016). En tidligere norsk rapport har også vist til et det er mangel på tilgjengelige og gode nok tiltak for ungdom med rus- og atferdsproblemer (Aase et al., 2020). Til tross for mange tiltak og planer de siste tiårene viser oppsummeringer av forskning og offentlige rapporter at barn og unge med behov for psykisk helsehjelp ikke alltid får den hjelpen de har krav på. I 2019 lanserte regjeringen en ny «Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)» (Prop. 121 S [2018–2019]). Her skisseres det et utfordringsbilde preget av manglende kapasitet i tjenesten, mange som ikke får hjelp tidlig nok i problemforløpet, bekymring for at barn og unge med store hjelpebehov ikke får tilstrekkelig hjelp, ikke tilstrekkelig fleksible tjenester, problemer med å fange opp de som trenger det mest, og fragmenterte helsetjenester spesielt. Om lag 20 prosent av barn og unge får avslag på behandling. Oppsummeringen bekreftes av rapporten «Jeg skulle hatt BUP i en koffert» som kom fra Barneombudet i 2020. Der har de ved hjelp av intervjuer av barn, foreldre og behandlere i BUP undersøkt om unge som har behov for hjelp fra psykisk helsevern får god og tilpasset hjelp når de trenger det. De fant at flertallet av ungdommene og foreldrene opplevde mange utfordringer i sitt møte med BUP. Familiene rapporterte om lang ventetid, manglende relevant/spesifikk kompetanse, at hjelpen først kommer etter mange år med vansker, og at behandlingen ifølge behandlerne selv ofte ble avsluttet før barna var ferdig behandlet for å korte ned ventetiden. Man ville uavhengig av vår undersøkelse kunne anta at mange adoptivbarn ikke ville få tilstrekkelig hjelp på grunn av kapasitetsproblemer i barne- og ungdomspsykiatrien i Norge i dag.

Det er grunn til å anta at om barna med alvorlige vansker ikke får nødvendig og tilstrekkelig helsehjelp, kan dette gå direkte ut over barnas fungering og deres mulighet til bedring. Manglende helsehjelp kan også indirekte gå ut over barna via økt frustrasjon hos foreldrene. Studier har vist at det å ikke få tilstrekkelig helsehjelp til sine barn er en av de viktigste kildene til stress hos adoptivforeldre (Canzi et al., 2017; Goldberg & Smith, 2014; Judge, 2003), og at dette igjen kan gå ut over adoptivforeldrenes evne til å ivareta sine barn (Harold et al., 2013; Tan et al., 2012). Det er derfor uansett viktig å ta på alvor foreldrenes opplevelse av manglende helsehjelp. Vi vil senere i rapporten presentere resultater på hvilke hjelpe- og støttetilbud familiene har hatt behov for, som gir oss et enda bedre bilde på hva foreldrene konkret har savnet.

Det er også viktig å diskutere i hvilken grad resultatene av vår undersøkelse er påvirket av at datainnsamlingen ble gjennomført ni måneder inn i pandemien. Er opplevelsen av å ikke få tilstrekkelig helsehjelp representativ for det vi så før pandemien? Det kan hende at

situasjonen for familiene har blitt forverret ni måneder inn i pandemien. Men om vi analyserer de åpne tekstsvarene til foreldrene, rapporterer de fleste foreldrene om langvarige utfordringer med å få nok hjelp. Kun to foreldre nevnte at det hadde blitt vanskeligere etter pandemien.

3.6 Hva kjennetegner familiene der foreldrene oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig hjelp?

I denne delen undersøker vi hva som kjennetegner familiene som oppgir at de har fått langt mindre hjelp enn de har hatt behov for. Vi har allerede vist at det er familiene med barn med omfattende vansker som i størst grad opplever at de ikke får nok hjelp. Men hvor viktig er andre forhold ved familiene? Det kan være grunn til å forvente at det har betydning hvor du bor og hvor lang vei det er til ulike hjelpe- og støttetilbud. Store byer har ofte mer differensierte tilbud. Studier har vist at foreldre med høyere utdanning i større grad får helsehjelp enn foreldre med lavere utdanning. Gjelder det samme adoptivfamilier i Norge? Har det noe å si i hvilken grad foreldrene har god økonomi? Vi har spurt familiene i hvilken grad de klarer seg økonomisk i dag. En rekke adoptivfamilier oppgir at de har kjøpt private tjenester, noe som viser at familier med god økonomi kan ha en fordel.

Det kan også være grunn til å se på sammenhengen mellom i hvilken grad familiene oppgir at de har fått tilstrekkelig hjelp, og personlige egenskaper ved foreldrene. Vi har inkludert et mål på sosial støtte som omhandler i hvilken grad familiene opplever at de har tilstrekkelig støtte fra familie og venner. Det kan være grunn til å anta at jo mer sosial støtte du har tilgjengelig, jo mer avlastning får du, jo mer emosjonell støtte får du, og jo mindre avhengig er du av profesjonell helsehjelp. Det kan også være at de som har mer sosial støtte er flinkere til å oppsøke hjelp. Videre ville vi også undersøke i hvilken grad det er sammenheng mellom resiliente mestringsstrategier og mottak av hjelp. Resiliens er et begrep som viser til egenskaper som gjør at personer klarer seg bra, på tross av at de møter store utfordringer. Med resiliente mestringsstrategier mener vi her i hvilken grad foreldrene aktivt innhenter kunnskap om de møter på problemer, om de har tro på egne evner til å få det som de vil, og om de er strukturerte og gode på å organisere livet sitt. Instrumentene er nærmere beskrevet i metod delen. Vi har også undersøkt betydningen av i hvilken grad familiene ønsker seg adopsjonsfaglig hjelp, kontrollert for i hvilken grad de faktisk har mottatt adopsjonsfaglig hjelp.

Tabell 15 viser sammenhengen mellom de ulike forklaringsvariablene, og sannsynligheten for at familiene rapporterer at barna har fått langt mindre hjelp enn de har trengt. Kolonnen med bivariate resultater viser til sammenhengen mellom hver forklaringsvariabel og sannsynligheten for at barna ikke har fått hjelp. I kolonnen med multivariate resultater har vi sett på sammenhengen mellom forklaringsvariablene og sannsynligheten for at barnet har fått hjelp, når vi samtidig tar hensyn til sammenhengen mellom forklaringsvariablene som var signifikante i de bivariate analysene.

Tabell 15 viser at det ikke overraskende er graden av vansker hos barna som i størst grad samvarierer med familienes opplevelse av at de ikke får nok helsehjelp. Videre er det slik at lav utdanning, dårlig familieøkonomi, lite resiliente mestringsstrategier og lite sosial støtte øker sannsynligheten for opplevelsen av utilstrekkelig helsehjelp. Hvor familien bor, mors alder ved adopsjon og sivilstatus er ikke assosiert med i hvilken grad barna får tilstrekkelig hjelp.

Tabell 15: Sammenhengen mellom egenskaper ved barn og foreldre, og i hvilken grad foreldrene oppgir at de har fått langt mindre hjelp til barna sine enn de har trengt. Logistisk regresjon. N=1803 hovedomsorgsgivere.

	Bivariat		Multivariat	
	OR	CI (95 %)	OR	CI (95 %)
Omfang av vansker hos barna i dag	9.35***	(7.12-12.28)	6.70***	(4.97-9.05)
Gjennomsnittlig alder på barna	1.03*	(1.00-1.06)	1.04**	(1.01-1.08)
Antall adopterte barn	1.43***	(1.19-1.73)	1.03	(0.81-1.29)
Bor i en bygd (referanse)				
Bor i en liten by	1.19	(0.87-1.64)		
Bor i en stor by	1.18	(0.88-1.58)		
>3 års høyere utd. (ref)				
1- 3 år høyere utdanning	0.99	(0.74-1.33)	1.05	(0.75-1.48)
Grunnskole eller videregående	0.68*	(0.47-.982)	0.61*	(0.40-.943)
Dårlig familieøkonomi	1.54***	(1.27-1.85)	1.19	(0.95-1.49)
Mors alder ved adopsjon	1.00	(0.98-1.03)		
Gift/samboer eller enslig	1.00	(0.71-1.41)		
Resiliens	0.65***	(0.54-0.78)	0.85	(0.66-1.08)
Sosial støtte	0.52***	(0.46-0.60)	0.63***	(0.54-0.75)
Ønske om adopsjonsfaglig psykologisk hjelp	3.25***	(2.53-4.17)	2.42***	(1.84-3.17)
Mottatt adopsjonsfaglig psykologisk hjelp	0.41**	(0.30-0.55)	0.80	(0.56-1.13)

Note: *p<.05, **p<.01 ***p<.001

Blant egenskapene ved foreldrene er det kun lav utdannelse og sosial støtte som opprettholdes som signifikante forklaringsvariabler når man kontrollerer for effekten av de andre variablene. Egne analyser av sammenhengen mellom resiliens og sosial støtte som ikke er vist i tabellen, viste at mødre med resiliente mestringsstrategier opplever at de oftere får hjelp, men dette er fordi de også opplever å ha bedre sosial støtte. Resultatene viser at foreldre som føler de har nok mennesker rundt seg som bryr seg om dem, og nok mennesker de kan snakke med om egne og barnas problemer, opplever i mindre grad at barna får langt mindre hjelp enn de har hatt behov for. Forklaringen kan være at å ha nok sosial støtte avlaster familien slik at de ikke er avhengig av profesjonell hjelp i like stor grad. Samtidig kan det også være slik at det å motta hjelp gjør at de i større grad har overskudd til å søke og motta sosial støtte. Motsatt kan man tenke seg at dersom familier ikke får nok helsehjelp, vil de ikke ha overskudd til å ivareta sine sosiale relasjoner. Dermed kan god nok helsehjelp både bidra til at barnet får det bedre og god støtte til foreldrene som får overskudd til å håndtere utfordringene i hverdagen

Videre har vi sett på ønsker om adopsjonsfaglig hjelp. Vi ser at de som ønsker dette i større grad føler at de ikke får nok hjelp. En forklaring kan her være at de som har barn med vansker som foreldrene opplever er direkte relatert til at de er adoptert, i større grad opplever å ikke få nok hjelp. Oppsummert finner vi at i tillegg til omfanget av barnets vansker, vil det å ha lav utdannelse, mindre sosial støtte og større behov for adopsjonsfaglig hjelp, øke sannsynligheten for at foreldrene opplever at de får langt mindre hjelp til barnet sitt enn de har hatt behov for.

3.7 Hva er ifølge foreldrene de mest utbredte hjelpebehovene i familiene?

Vi har allerede vist at svært mange av familiene har hatt kontakt med ulike hjelpe- og støttetilbud for barn og unge. I dette delkapittelet vil vi undersøke nærmere hvilken type hjelp familiene har hatt mest behov for, uavhengig av om de har fått det eller ei, for å også kartlegge behovet for tjenester som per i dag ikke er tilgjengelig. Det vil si at vi kartlegger hvilke ønsker familiene har, heller enn hvilke erfaringer de har gjort. Kunnskapen skal danne grunnlaget for våre anbefalinger om hvilke fremtidige tiltak som i størst grad vil treffe adoptivforeldre og barnas behov.

3.7.1 Hjelpe- og støttebehov gjennom barnets oppvekst

Tabell 16: Oversikt over hvilke hjelpe- og støttetilbud familiene har hatt behov for gjennom adoptivbarnets oppvekst. N = 1832 hovedomsorgsgivere.

«Har du i løpet av barnets oppvekst hatt behov for noen av følgende (hjelpe)tilbud?»	Ja, stort behov	Ja, noe behov	Ikke hatt behov for	
Norske nettsider med informasjon og råd til adoptivforeldre	12%	50 %	38 %	100%
Hjelp og råd til dere som foreldre om hvordan dere best skal oppdra og ivareta barnets behov	15%	37 %	48 %	100%
Råd og hjelp den første tiden etter at vi mottok barnet, fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	18%	32 %	50 %	100%
Råd og hjelp den første tiden etter at vi mottok barnet, fra helsepersonell med generell kunnskap om barns utvikling	8 %	40 %	52 %	100%
Psykologisk hjelp til barnet under hans/hennes oppvekst fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	23%	24 %	53 %	100%
Hjelp og råd om hvordan du/dere best skal ivareta egen helse i perioder med mye utfordringer knyttet til barna	12 %	24 %	64%	100%
Hjelp til å komme i kontakt med andre adoptivforeldre	8 %	28 %	64 %	100%
Nettbaserte hjelpetilbud for adoptivfamilier med direkte kontakt over nettet	10%	22 %	68%	100%
Medisinsk hjelp til barnet under hans/hennes oppvekst fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	9%	23 %	68 %	100%

Som vi ser av tabell 16 er hjelpebehovet stort i adoptivfamiliene. Mellom 30 og 50 prosent av familiene oppgir at de har hatt behov for en eller flere av de oppgitte hjelpe- og støttetilbudene. Flest ser behovet for adopsjonsfaglige nettsider og foreldreveiledning, noe

som kan betegnes som forebyggende tiltak. Deretter følger behov for hjelp fra psykologfaglig helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn, både direkte til barnet og råd og hjelp for foreldrene den første tiden etter at de mottok barnet. Videre er det mange som har hatt behov for hjelp til selvhjelp: Hjelp til å komme i kontakt med andre adoptivforeldre, og til å ivareta egen helse. Minst behov er det for nettbaserte hjelpe- og støttetilbud og medisinsk hjelp fra helsepersonell med adopsjonsfaglig bakgrunn. Men det er fremdeles en av tre som har hatt behov for dette.

Hvordan påvirkes hjelpebehovene av barnas alder? Ville resultatene vært annerledes om vi kun så på de nyeste adoptivfamiliene, det vil si de som adopterte sitt første barn innen de siste fem årene? I hovedsak viser tabell 17 de samme resultatene som i tabell 16, men det er færre som har hatt behov for psykologisk eller medisinsk hjelp fra noen med adopsjonsfaglig bakgrunn.

Tabell 17: Oversikt over hvilke hjelpe- og støttetilbud familiene har hatt behov for gjennom adoptivbarnets oppvekst. Adopsjoner fra 2015 til 2020.

«Har du i løpet av barnets oppvekst hatt behov for noen av følgende (hjelpe)tilbud?»	Ja, stort behov	Ja, noe behov	Ikke hatt behov for	
Råd og hjelp den første tiden etter at vi mottok barnet, fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	20 %	33 %	47%	100%
Råd og hjelp den første tiden etter at vi mottok barnet, fra helsepersonell med generell kunnskap om barns utvikling	9 %	41 %	50 %	100%
Medisinsk hjelp til barnet under hans/hennes oppvekst fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	9 %	12 %	79 %	100%
Psykologisk hjelp til barnet under hans/hennes oppvekst fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	16 %	21 %	63 %	100%
Hjelp og råd til dere som foreldre om hvordan dere best skal oppdra og ivareta barnets behov	16 %	39 %	45 %	100%
Norske nettsider med informasjon og råd til adoptivforeldre	18 %	48 %	34 %	100%
Nettbaserte hjelpetilbud for adoptivfamilier med direkte kontakt over nettet	15 %	26 %	59 %	100%
Hjelp til å komme i kontakt med andre adoptivforeldre	14 %	29 %	57 %	100%
Hjelp og råd om hvordan du/dere best skal ivareta egen helse i perioder med mye utfordringer knyttet til barna	9 %	22 %	69 %	100%

Note: Hovedomsorgsgiver, adoptert sitt første barn de siste fem årene (mellom 2015-2020).

Vi undersøkte videre om familiene med barn med mest vansker hadde hatt behov for andre typer helsehjelp sammenlignet med familiene med barn med ingen eller mindre vansker for å se hvilke typer tiltak som best fanger opp barna med mest omfattende vansker. Foreldrene som oppgir at barna har ulikt omfang av vansker ble fordelt i tre tilnærmet like store grupper, på samme måte som det er gjort tidligere i rapporten. Se

Kapittel 3.1.2 for en nærmere beskrivelse av fremgangsmåten. For svarene i tabell 18 er svaralternativene noe behov for og et stort behov for slått sammen til én svarkategori, og prosentene viser til andelen foreldre som rapporterer noe eller et stort behov for de ulike hjelpe- og støttetilbudene.

Tabell 18: Andelen som oppgir at de har hatt behov for ulike hjelpe- og støttetilbud, etter omfang av vansker hos barna. N= 1829 hovedomsorgsgivere.

«Har du i løpet av barnets oppvekst hatt behov for noen av følgende (hjelpe)tilbud?»	Omfang av vansker			
	Mest vansker n= 361	Middels vansker n= 375	Minst vansker n= 406	Ingen vansker n=687
Psykologisk hjelp til barnet under hans/hennes oppvekst, fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	88%	72%	46%	13%
Hjelp og råd til dere som foreldre om hvordan dere best skal oppdra og ivareta barnets behov	84%	71%	46%	27%
Råd og hjelp den første tiden etter at vi mottok barnet, fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	78%	66%	48%	26%
Norske nettsider med informasjon og råd til adoptivforeldre	76%	78%	63%	46%
Hjelp og råd om hvordan du/dere best skal ivareta egen helse i perioder med mye utfordringer knyttet til barna	75%	52%	29%	11%
Råd og hjelp den første tiden etter at vi mottok barnet, fra helsepersonell med generell kunnskap om barns utvikling	66%	58%	47%	34%
Medisinsk hjelp til barnet under hans/hennes oppvekst fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn	62%	42%	30%	12%
Nettbaserte hjelpetilbud for adoptivfamilier med direkte kontakt over nettet	54%	46%	31%	14%
Hjelp til å komme i kontakt med andre adoptivforeldre	48%	43%	36%	26%

Note. Tabellen viser hvordan familiene rapporterer om hvilke hjelpe- og støttetilbud de har hatt behov for gjennom barnets oppvekst.

Foreldre til barn som har omfattende vansker generelt har hatt mer behov for ulike hjelpe- og støttetilbud enn foreldre til barn med mindre vansker. Mye av hjelpebehovet handler om hvordan foreldrene i best mulig grad kan ivareta barnets behov. Nesten ni av ti familier til barna med mest vansker rapporterer at de har hatt behov for psykologisk hjelp til barnet fra noen med adoptivfaglig kompetanse. Vi ser også av tabell 18 at blant

foreldrene med barn med mest vansker, har 75% hatt behov for råd og hjelp om hvordan de best kan ivareta egen helse i krevende perioder knyttet til barna, mot kun 11% hos foreldrene som oppgir at barna deres ikke har noen spesifikke vansker. Foreldrene er barnas viktigste omsorgspersoner, og det å ivareta foreldrenes helse er viktig for å ivareta barna. Resultatene var tilnærmet lik for de nyeste adoptivfamiliene, det vil si de som hadde adoptert sitt første barn i løpet av de siste fem årene.

Vi undersøkte også sammenhengen mellom type vansker hos barnet og type helsehjelp familiene hadde hatt behov for. Tabell 19 viser hva familiene svarer om behov for helsehjelp gjennom barnets oppvekt, fordelt på i hvilken grad de har et barn med en spesifikk vanske.

Råd og hjelp den første tiden: Vi ser av tabellen at allerede de første årene etter adopsjon var det størst behov for råd og veiledning for de som utviklet de mest alvorlige vanskene (psykiske lidelser, ADHD, rusproblemer). Ikke overraskende er det også særlig der barnet har en tilknytningsforstyrrelse hvor helsebehovet er størst. Vi ser videre at det er et helt tydelig ønske at hjelpen skal komme fra noen med spesialkompetanse på adoptivbarn.

Psykologisk helsehjelp: Ikke overraskende har familier med barn med tilknytningsforstyrrelser og psykiske lidelser et stort behov for psykologisk helsehjelp med spesialkompetanse på adoptivbarn. Men aller størst har behovet vært hos familiene med barn med rusproblemer og der barna dropper ut av skolen.

Foreldreveiledning: Det har vært langt mindre behov for foreldreveiledning. Men også her er det rundt 1/3 av familiene som sier de har hatt dette behovet. Her er det mindre variasjon basert på typer vansker.

Tabell 19: Andelen som rapporterer at de har hatt stort behov for ulike hjelpe- og støttetilbud gjennom barnets oppvekst, fordelt på ulike typer vansker hos barna. N = 1831 hovedomsorgsgivere.

Barnas vansker	Har hatt stort behov for råd og hjelp første tiden fra noen med <u>spesialkompetanse</u> på adoptivbarn	Har hatt stort behov for råd og hjelp i den første tiden fra noen med <u>generell kunnskap</u> om barn	Har hatt stort behov for <u>psykologisk hjelp</u> fra noen med <u>spesialkompetanse</u> på adoptivbarn	Har hatt stort behov for råd og hjelp til hvordan best <u>oppdra og ivareta barnets behov</u>
Fysisk sykdom (alvorlig medisinsk sykdom)	30 %	20 %	37 %	22 %
Psykisk lidelse (angst, depresjon, psykose, spiseforstyrrelse)	34 %	16 %	52 %	31 %
Psykisk vanske (usikkerhet, nedstemthet, engstelse)	29 %	14 %	43 %	26 %
Alvorlige konsentrasjonsvansker eller ADHD	36 %	19 %	48 %	31 %
Autismespekterforstyrrelse	27 %	22 %	47 %	33 %
Lese- og skrivevansker eller andre lærevansker	27 %	14 %	35 %	23 %
Språkvansker (ut over perioden med å lære seg norsk)	30 %	16 %	37 %	24 %
Skoleskulk, frafall	33 %	14 %	59 %	32 %
Atferdsproblemer, utagerende, aggresjon	33 %	15 %	44 %	29 %
Problemer med rusmidler	35 %	13 %	65 %	30 %
Tilknytningsforstyrrelse	39 %	18 %	51 %	32 %
Identitetsproblemer knyttet til å være adoptert	32 %	16 %	46 %	28 %
Sosiale vansker, problemer med å få venner	31 %	16 %	44 %	26 %

Note: Familiene rapporterer om hvorvidt de har fått den hjelpen de trenger og hvilken hjelp de har hatt stort behov for, fordelt på hvilke vansker foreldrene rapporterer at de har ett eller flere barn med.

3.7.2 Fremtidige behov for hjelp fra helsepersonell med adopsjonsfaglig kompetanse

Et viktig spørsmål i planleggingen av fremtidens helsetjenester overfor adoptivfamiliene, er hvor viktig det er for familiene å møte noen som har spesialkunnskap om adoptivbarn

og deres familier. I spørreskjemaet skrev vi følgende: «Med spesialkompetanse på adoptivbarn mener vi her kunnskap om hvilke utfordringer og særskilte behov denne gruppen barn og deres foreldre ofte møter, samt hva som kan gjøres for å hjelpe barna.» Resultatene i tabell 20 tyder på at flertallet av adoptivforeldrene opplever det som svært viktig å få hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn, dersom de skulle søke psykologisk helsehjelp i fremtiden. Det er ingen av adoptivforeldrene som oppgir at de ikke ønsker hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn, men et mindretall synes det er uviktig.

Tabell 20: «Om dere skulle trenge psykologisk helsehjelp til deres adoptivbarn fremover, hvor viktig ville det være at denne personen har spesialkompetanse på adoptivbarn?». N=1827 hovedomsorgsgivere.

Svært viktig	53%
Litt viktig	35%
Uviktig	12%
Vil helst ikke gå til en med spesialkompetanse på adoptivbarn	0%

Innenlands- og utenlandsadopterte. Foreldre til innenlandsadopterte barn anser det i mindre grad som svært viktig at psykologisk helsehjelp i fremtiden gis av helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn (33%), sammenlignet med foreldrene til utenlandsadopterte (53%). Det er likevel et flertall også av foreldre til innenlandsadopterte som synes det er svært viktig eller litt viktig med adoptivfaglig kompetanse (72%), sammenlignet med de som mener det er uviktig eller at de helst ikke vil gå til helsepersonell med slik kompetanse (28%) ($\chi^2 = 16,3$ (df = 3) $p < .001$).

Også annen type rådgivning eller foreldreveiledning kan være aktuell for adoptivfamilier. I Tabell 21 ser vi at også her er det svært viktig for foreldrene at personene som skal gi råd og veiledning har spesialkunnskap om adoptivbarn.

Tabell 21: «Om dere som foreldre skulle trenge råd eller foreldreveiledning fremover, hvor viktig ville det være at denne personen også har spesialkompetanse på adoptivbarn?». N=1829 hovedomsorgsgivere.

Svært viktig	48%
Litt viktig	36%
Uviktig	16%
Vil helst ikke gå til noen med spesialkompetanse på adoptivbarn	0%

Innenlands og utenlandsadopterte. Foreldrene til barna som er innenlandsadopterte synes i større grad å oppleve det som uviktig at fremtidig hjelp gis av en person med adoptivfaglig kompetanse (38 %), sammenlignet med foreldrene til utenlandsadopterte barn (16 %). Likevel ønsker flertallet av foreldrene til innenlandsadopterte at fremtidig rådgivning eller veiledning blir gitt av helsepersonell med adoptivfaglig kompetanse (62 %), sammenlignet med de som opplever det som uviktig (38 %) ($\chi^2 = 17,3$ (df = 3) $p < .001$).

Mange av foreldrene uttrykker at de har hatt behov for hjelp og rådgivning fra helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn. Men hvor mange har erfaring med denne type hjelp? Vi ser av tabell 22 at selv om hovedandelen av foreldrene ønsker kontakt med helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn, er det kun 15 % som

har fått slik hjelp. Ikke uventet er andelen større for familiene med barn med omfattende vansker.

Tabell 22: Hvor mange har fått hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn? N = 1838 hovedomsorgsgivere.

	Andel
Hele utvalget	15 %
Familier med barn med alvorlige eller mindre alvorlige funksjonsnedsettelse	21 %
Innenlandsadopterte	11 %
Nyere adoptivfamilier (2015-2020)	13 %
Omfang av vansker	
Ingen vansker	5 %
Litt vansker	14 %
Middels vansker	19 %
Mest vansker	28 %

Note. Tabellen viser hvor mange familier som har vært i kontakt med noen som har spesialkompetanse på adoptivbarn både i hele utvalget og i delutvalg bestående av familier med barn som har funksjonsnedsettelse, innenlandsadopterte, familier som har adoptert de siste fem årene, samt ut fra barnas omfang av vansker.

Tabell 23: Sammenhengen mellom ønsker om psykologisk helsehjelp fra noen med spesialkompetanse på adoptivbarn, og i hvilken grad de har mottatt hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn. N = 1829 hovedomsorgsgivere.

	«Har dere i løpet av barnets oppvekst fått hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn?»	
«Om dere skulle trenge psykologisk helsehjelp til adoptivbarnet, hvor viktig er det at denne personen har spesialkompetanse på adoptivbarn?»	Ja	Nei
Svært viktig	77 %	49 %
Litt viktig	20 %	38 %
Uviktig	3 %	13 %
Total	100 %	100 %

Note. $\chi^2 = 72,5$ (df = 3) $p < .001$.

Vi har så langt sett at mange av adoptivforeldrene uttrykker et ønske om hjelp fra helsepersonell med adoptivfaglig kompetanse, selv om det er få som har mottatt slik hjelp. Det kan da stilles spørsmål ved hvorvidt adoptivforeldrene er tilfredse med den hjelpen de har mottatt eller mener at en med adoptivfaglig kompetanse kunne gitt bedre hjelp. Vi undersøkte derfor hvordan ønske om hjelp fra helsepersonell med adoptivfaglig kompetanse fordelte seg ut fra hvorvidt de hadde mottatt slik hjelp eller ikke. Resultatene i tabell 23 viser at en større prosentandel av de foreldrene som oppgir at de tidligere har mottatt hjelp fra helsepersonell med adoptivfaglig kompetanse, synes det er svært viktig å også i fremtiden få hjelp av helsepersonell med slik spesialkompetanse. Blant de som ikke

har mottatt hjelp fra helsepersonell med spesialkompetanse tidligere, er det derimot flere som synes det er litt viktig eller uviktig. Denne forskjellen er statistisk signifikant. Dette kan tyde på at de som har mottatt hjelp fra helsepersonell med spesialkompetanse har fått hjelp de er fornøyde med og ønsker mer av det, mens de som ikke har erfaring med slik hjelp i mindre grad vet om det vil være nyttig. Vi undersøkte samme sammenhenger både når det gjaldt psykologisk helsehjelp og mer generelle råd og veiledning til adoptivforeldrene.

Resultatene i tabell 24 viser samme tendens som ved spørsmål om psykologisk helsehjelp. En større prosentandel av de som tidligere har mottatt hjelp fra helsepersonell med spesialkompetanse, opplever det som særlig viktig at fremtidig rådgiver eller veileder innehar slik spesialkompetanse, sammenlignet med de som aldri har fått hjelp fra helsepersonell med slik spesialkompetanse. Denne forskjellen er statistisk signifikant.

Tabell 24: Sammenhengen mellom ønske om råd og foreldreveiledning fra noen som har spesialkompetanse på adoptivbarn, og i hvilken grad de har mottatt hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn. N = 1828 hovedomsorgsgivere.

	«Har dere i løpet av barnets oppvekst fått hjelp av noen med spesialkompetanse på adoptivbarn?»	
«Om dere som foreldre skulle trenge råd eller foreldreveiledning, hvor viktig er det at denne personen også har spesialkompetanse på adoptivbarn?»	Ja	Nei
Svært viktig	78 %	43 %
Litt viktig	20 %	39 %
Uviktig	3 %	18 %
Vil helst ikke gå til noen med spesialkompetanse på adoptivbarn	0 %	0 %
Total	100 %	100 %

Note. $\chi^2 = 116,5$ ($df = 3$) $p < .001$.

3.7.3 Informasjon fra fritekst – foreldrenes egne ord

Vi valgte å benytte oss av spørreskjema for å kunne inkludere et stort antall familier. Spørreskjema med faste svarkategorier muliggjør at vi kan behandle svarene statistisk. Dette gir oversikt og mulighet til å si noe om forekomst i utvalget og helst også om populasjonen utvalget er hentet fra. Ulempen er at vi kun får svar på det vi har spurt om. Dette stiller store krav til at spørreskjemaet dekker det foreldrene er mest opptatt av. For å sikre at det ikke er andre hjelpe- eller støttetilbud som familiene har (hatt) behov for, eller andre forhold ved det å være adoptivforeldre og å adoptere et barn foreldrene vil formidle, stilte vi følgende spørsmål til slutt i spørreskjemaet, med mulighet for foreldrene til å gi svar i fritekst:

«Er det andre tilbud eller hjelpetiltak du tenker at ville vært nyttig for adoptivbarn og adoptivforeldre? Er det andre gleder eller utfordringer knyttet til det å adoptere et barn du ønsker å formidle til oss? Skriv gjerne inn her:»

Vi fikk overveldende respons. En av tre foreldre skrev inn egne kommentarer, noen til dels lange svar. Dette vitner om et stort engasjement fra foreldrene. En gjennomgang av svarene viser at vi har truffet ganske godt med spørreskjemaet. Mange av de samme temaene som var dekket av spørreskjemaet gikk igjen. Fordelen med fritekstsvarene var imidlertid at vi fikk mer utdypende informasjon. Vi vil her oppsummere hovedtendensene i svarene.

- Mange benyttet anledningen til å fortelle hvilken **velsignelse** barnet hadde vært for familiene og hvor uendelig glad de var i barnet sitt. Foreldrene har aldri angret på at de valgte adopsjon på tross av alle utfordringene knyttet til vanskene hos barna.
- Flere ønsket å formidle at adopsjonen hadde vært **uproblematisk** og at barna klarte seg bra. Andre sa det hadde vært utfordringer underveis, men nå da barna var kommet gjennom puberteten hadde det roet seg ned og familien klarte seg fint.
- En stor andel foreldre forteller om barn med vansker. Det kan se ut til at det er særlig de psykiske vanskene som barna utvikler etter hvert som de vokser opp som oppleves som mest belastende for barna og foreldrene, og hvor det er vanskeligst å få tilstrekkelig og kompetent hjelp. Flere nevner sorgreaksjoner og utagering hos barna knyttet til tanken på at de biologiske foreldrene forlot dem, samt identitetsproblemer forsterket ved at barna jevnlig blir konfrontert med spørsmål om hvor de kommer fra. Flere foreldre forteller at de den første tiden opplevde at hverken de eller barna tenkte over at barna var adoptert, men at barna gjennom møter med hjelpeapparatet og nye mennesker stadig ble minnet på at de var adopterte, på grunn av utseendemessige forskjeller fra foreldrene.
- Mange familier forteller at de er fullstendig utslitte og forteller om mange års **kamp for å få tilstrekkelig hjelp** og for å få avlastning, uten å lykkes.
- En historie som går igjen er at barna blir henvist til BUP, men **henvisningen blir avslått** da vanskene ikke oppleves som alvorlige nok for å bli prioritert. Flere forteller også om at de først fikk hjelp etter at barna utviklet mer alvorlige psykiske lidelser, men at de da opplevde at behandlingen kom for sent. Problemene hadde blitt mer alvorlige, mer kroniske, og barna hadde allerede mistet mye skolegang.
- Mange foreldre trekker frem problemene med å få **riktig hjelp med barnas skolegang**. Foreldrene trekker frem både språkvansker, lærevansker, konsentrasjonsvansker og sosiale vansker som utspiller seg i skolen. Utfordringene er ifølge foreldrene at lærerne ikke forstår de spesifikke skolemessige utfordringene som er særegne for adoptivbarn, som språkvansker knyttet til det å miste sitt originalspråk (som er noe helt annet enn å være tospråklig), samt tilknytningsvansker hos barna som utspiller seg som avvísninger og konflikter med andre barn, og som lærerne ifølge foreldrene ikke har kompetanse til å takle på den rette måten.
- Et gjennomgående tema er opplevelse av at adoptivbarn har noen helt særegne vansker som bør møtes på en spesifikk måte. Og at **foreldrene opplever at de er ekspertene** da de har vært nødt til å lese seg opp eller gå på privatbetalte kurs, men at behandlerne og lærerne ikke lytter til dem. Mange rapporterer om at de føler at de som pårørende hverken blir spurt eller blir tatt på alvor om de kommer i dialog med hjelpeapparatet.

- Det er også mange som opplever at helsearbeidere og psykologer ikke klarer å hjelpe deres barn da de **tillegger årsakene til vanskene at barnet er adoptert**, og ikke klarer å se de mer generelle alvorlige vanskene hos barna. Foreldrene opplever at psykologene enten ikke har kompetanse til å hjelpe, eller at de ikke klarer å se at dette er vanlige ungdommer som har utviklet psykiske lidelser eller vansker, men som kanskje gir det å være adoptert en for stor betydning. Foreldrene opplever at behandlerne støtter denne historiefortellingen, noe som hemmer mer enn å hjelpe barnet.
- Samtidig er det mange foreldre som opplever at om barna blir tilbudt psykologhjelp, så klarer de ikke å hjelpe barnet da de **ikke har nok kompetanse om adopsjonsspesifikke forhold** som betydningen av opplevd rasisme, opplevelse av annerledeshet, tanker rundt adopsjon og det å ha blitt forlatt av sin mor, identitetsproblemer og senskader etter tidlige traumer før og under adopsjonen.
- En stor andel av foreldrene trekker frem **manglende kunnskap om tilknytningsforstyrrelser i hjelpeapparatet** som det mest problematiske. Foreldrene sier ikke så mye om hva som ligger i dette. Men mange forteller om at når de har møtt en psykolog med kompetanse på dette feltet, har de fått konkrete råd som har endret hvordan de har forholdt seg til barnet og at dette har «gjort underverker». Det er særlig tendensen til at barna avviser andre, som en beskyttelse mot avvisning, som skaper problemer for barna både i forhold til venner og lærere. Foreldrene tillegger dette adopsjonserfaringen og tilknytningsvanskene og sier at gode råd effektivt endrer barnas væremåte, og dermed bedrer deres fungering på skolen og ovenfor familie og venner.
- Mange foreldre forteller om hvordan de opplevde **den første tiden som krevende** og at de ikke opplevde de hadde noen å henvende seg til for å få hjelp. De blir ikke innkalt til helsesøster slik andre foreldre blir, og må selv ta kontakt. Flere forteller at de da ikke blir fulgt opp eller at helsesøster ikke har nok kompetanse, ikke minst om de medisinske utfordringene adoptivbarn ofte har knyttet til sykdommer og matintoleranse. Et annet tema som går igjen er at helsesøster ikke forstår at om foreldrene kommer med en treåring har de ikke den samme kompetansen som biologiske foreldre har opparbeidet seg gjennom flere år, men at alt er nytt for adoptivforeldrene.
- Mange av foreldrene nevnte de **adopsjonsforberedende kursene**. Noen rapporterte om svært positive erfaringer, men de fleste rapporterte om det motsatte. Noen erfarte at kursholderne hadde den nødvendige kompetansen, men flere foreldre bemerket at kursene ikke i tilstrekkelig grad forberedte foreldrene på alle de psykiske vanskene som barna etter hvert utviklet. Det var mye fokus på ulike medisinske utfordringer, men lite fokus på at det å være adoptivbarn i seg selv, med tapsopplevelser knyttet til biologiske foreldre, og opplevelse av annerledeshet og opplevd rasisme, skulle føre til at barna senere utviklet psykiske vansker eller identitetsproblemer, eller mye aggresjon og sinne.

Foreldrenes konkrete forslag til hjelpe- og støttetilbud (de som oftest er nevnt):

- Rett til hjelp og oppfølging den første tiden etter at de mottok barnet, slik man har i flere andre land.

- Kompetansesenter hvor man kan henvende seg for å få råd og veiledning til: Hvordan få hjelp til barna, hvilke rettigheter de og barna har til hjelp, et sted hvor psykologer og lærere kan henvende seg for å få veiledning når de skal hjelpe deres barn, råd knyttet til besøk i hjemlandet, hvordan håndtere identitetsproblemer og sorgreaksjoner hos barna av å være forlatt av sine biologiske foreldre.
- Nettsider med oppdatert informasjon relevant for adoptivforeldre.
- Bedre kompetanse på spesifikke lærevansker og atferdsvansker for adoptivbarn i skolen.
- Tilgang til psykolog med adopsjonsspesifikk kunnskap.
- Møteplasser hvor adoptivbarna kan møte andre adoptivbarn, og foreldrene kan møte andre adoptivforeldre.

Det er også viktig å minne om at det er under halvparten av adoptivfamiliene vi henvendte oss til som deltok i undersøkelsen. Av disse er det en tredjedel som har gitt utfyllende svar i tekstdelen. Dette utgjør rundt 15 prosent av familiene som har adoptert et barn siden 2003. Vi vet derfor ikke i hvilken grad svarene er representative for alle norske adoptivfamilier.

Internasjonalt er det gjennomført flere lignende kvalitative studier av adoptivforeldrenes erfaringer med helsetjenesten. På samme vis som vår studie viste disse studiene at foreldrene ønsket seg mer støtte og veiledning i tiden etter adopsjon (Brown, LaBrenz, & Fong, 2018)(Barnett et al., 2017). Resultatene fra en av studiene samsvarer også med våre resultater ved at foreldrene rapporterte om manglende kunnskap om adoptivbarns spesielle utfordringer i helsetjenesten (spesielt hvordan man bør imøtegå tilknytningsvansker hos adoptivbarn), de opplevde kommunikasjonsproblemer mellom adoptivforeldre og helsepersonell, behov for bedre foreldreveiledning, og ønsket seg mer psykologhjelp fra personer med spesialkompetanse på adopsjonsspesifikke forhold (Barnett et al., 2017).

3.7.4 Oppsummering og diskusjon

Hva er ifølge foreldrene de mest utbredte hjelpebehovene i familiene?

Vi har allerede sett at familiene ofte opplever at de ikke får adekvat hjelp på grunn av kapasitetsproblemer og manglende adopsjonsfaglig kompetanse ute i tjenestene. Det er en rekke lover og forskrifter som skal sikre at utenlandsadopterte barn får tilgang til oppfølging etter adopsjon. Man pleier ofte å referere til slike tjenester som Post Adoption Services (PAS). Haagkonvensjonen av 29. mai 1993 om vern av barn og samarbeid ved internasjonale adopsjoner fastslår at sentralmyndighetene selv eller andre offentlige myndigheter eller andre godkjente organer skal: «*fremme utbygging i sine respektive stater av rådgivningstjenester for adopsjon og oppfølgende tjenester etter at adopsjon har funnet sted*». Europarådskonvensjonen viser til at «*De offentlige myndigheter skal sørge for at det fremmes velfungerende rådgivningstjenester og oppfølgende tjenester knyttet til adopsjon, som skal gi råd og hjelp til fremtidige adoptanter og adopterte barn*» (Artikkel 20). Vi er ikke kjent med at det er gjort en mer spesifikk juridisk vurdering av hva som kreves for at rådgivningstjenester og oppfølgende tjenester knyttet til adopsjon skal oppfattes som velfungerende.

Det spesialiserte offentlige tilbudet rettet mot adoptivfamilier i Norge består, så vidt vi vet, kun av en nettside med relevant informasjon (www.etteradopsjon.no), samt en telefontjeneste hvor foreldre og barn kan ta kontakt for råd og veiledning. Det kommer ikke frem av nettsiden hvilken hjelp de kan få, eller hva som er kompetansebakgrunnen til de som skal betjene telefonen. Både nettsiden og hjelpetelefonen oppleves som veldig gode tiltak for mange familier, og er en nyttig ressurs for barn som ønsker hjelp til å reise til sitt fødeland og kanskje få kontakt med sine biologiske foreldre. Omfanget av vanskene hos barna som er avdekket i vår undersøkelse, og den manglende adopsjonsspesifikke kompetansen i de ulike tjenestene, indikerer imidlertid at dette tilbudet ikke er tilstrekkelig. Vi vurderer det slik at mange familier vil trenge tilgang til veiledning og helsehjelp fra fagpersonell med solid psykologfaglig kompetanse, som også har god kompetanse om adopsjonsspesifikke forhold i helsevesenet og skoleverket. Dette er i tråd med anbefalingene både fra Hove-utvalget (NOU 2009: 21. Adopsjon – til barnets beste) og Adopsjonslovutvalget (NOU 2014:9 «Ny adopsjonslov»). Vi vil i dette delkapittelet diskutere ulike hjelpe- og støttetilbud med utgangspunkt i foreldrenes ønsker slik de er uttrykt i vår undersøkelse.

Behov for forebyggende tiltak: Forberedende kurs, nettsider og foreldreveiledning

Resultatene fra de åpne tekstsvarene viser at det er noen forbedringsmuligheter ved de adopsjonsforberedende kursene. Flere foreldre oppgir at kursene ikke i tilstrekkelig grad fokuserte på muligheten for at barna kunne utvikle til dels alvorlige psykiske vansker som en følge av adopsjonen, hvordan traumer og tilknytningsbrudd ville påvirke barna, og veiledning til hvordan foreldrene kunne møte barnas behov, og hjelpe dem bedre tilrette. Ifølge foreldrene var fokuset mer på medisinske sykdommer og utviklingsvansker som var tilstede allerede ved adopsjon. En kvalitativ studie fra USA har undersøkt hva adoptivforeldre selv mener de adopsjonsforberedende kursene bør fokusere på, og resultatene samsvarer delvis ved våre funn: Råd om hvordan kommunisere bedre med barnet, hjelp til å bedre forstå barnas spesielle atferd og væremåte og hvordan det kan være et uttrykk for tidligere traumer og tilknytningsvansker, hjelp til å håndtere barnas sorg og identitetsproblemer knyttet til adopsjon, hvordan bedre forstå og jobbe med sinne og utagering hos barna, og hjelp til å finne nødvendig helsehjelp (Zosky, Howard, Smith, & Shelvin, 2005).

Resultatene fra spørreskjema og tekstsvaer tyder på at foreldrene ønsker seg informative **nettsider** spesielt rettet mot adoptivbarn og adoptivforeldre. Ifølge tekstsvarene er det mange som ønsker seg informasjon om hvilke rettigheter adoptivfamiliene har, og hvor de kan henvende seg for å få hjelp til seg og sitt barn. I tillegg er det flere foreldre som ønsker råd om hvordan de skal gå frem når barna fremsetter ønske om å prøve å få kontakt med biologiske foreldre. Det er også behov for formidling av generell veiledning og forskningsformidling. Etableringen av nettsiden www.etteradopsjon.no er en god begynnelse som med fordel kan bygges ut videre. Kanskje også med et forum som gjør at det kan etableres kontakt mellom adoptivforeldre og mellom adoptivbarn. Flere foreldre ønsket seg et forum som kunne sette barna i kontakt med andre adoptivbarn, primært barn adoptert fra samme land.

Omtrent halvparten av foreldrene ønsket seg **foreldreveiledning**, både med og uten adopsjonsfaglig fokus. Behovet var størst hos familier med barn med omfattende vansker, og da helt tilbake til tiden rett etter at de adopterte barnet. Like mange ønsket seg hjelp og veiledning i tiden rett etter adopsjon. I Danmark får familiene obligatorisk veiledning 3

timer før barnet plasseres i familien, og 3 timer etter adoptivforeldrene har mottatt barnet. Videre har familiene mulighet til å motta 20 timer rådgivning for hvert barn familien adopterer. Studier har vist at etter at dette tiltaket ble iverksatt i Danmark, minsket familienes bruk av andre helsetjenester tilsvarende. Det viste at foreldrene valgte dette tilbudet istedenfor det offentlige hjelpe- og støttetilbudet, ikke som et tillegg.

Det ligger et stort potensial i muligheten for å kunne veilede familiene i forkant eller helt i begynnelsen når problemene oppstår, for å kunne forebygge en forverring av barnas vansker. 55% prosent av familiene som har adoptert sitt første barn i løpet av de siste fem årene har oppgitt at de har hatt behov for foreldreveiledning. Det er i lys av dette overraskende få som har hatt kontakt med familievernkontoret (10%) eller familieteam eller andre psykologiske hjelpe- og støttetilbud i kommunen (14%). Vi vet ikke om dette skyldes at de ikke ønsker denne typen hjelp, at de ikke vet om tjenestene, eller at tjenesten ikke finnes i deres kommune. Det finnes også flere andre foreldreveiledningstilbud rundt i landet, som «Tuning into kids» (<https://tuningintokids.org.au/>) og ICDP (<https://www.icdp.no/hva-er-icdp/>) som begge er implementert i Norge.

Ideelt burde man også ha et fagmiljø som kan bistå foreldrene når barna blir eldre. Spesielt overgangen mellom barneskole og ungdomsskole er utfordrende for mange familier, og derfor den tiden hvor flest familier søker adopsjonsfaglig hjelp, ifølge en internasjonal studie (Waid & Alewine, 2018). Det kan imidlertid være utfordrende å skulle ha tilgjengelige tilbud for adoptivfamilier som er bosatt spredt i hele landet. Mange foreldre i vår studie etterspør en **telefontjeneste** rettet mot adoptivforeldre og deres barn. Det er mulig at et slikt tilbud vil kunne hjelpe familiene og barna. Omfanget og kompleksiteten av vanskene til familiene gjør imidlertid at vi er enige med Adopsjonslovutvalget i at rådgiverne bør være erfarne psykologer eller andre med relevant terapeutisk utdanning. En slik spesialisert telefontjeneste kan være et godt alternativ til et desentralisert fagmiljø.

Behov for foreldreveiledning i familier med barn med store hjelpebehov

Ut fra tekstsvarene kan det se ut som at mange etterspør foreldreveiledning fra en psykologfaglig person som kjenner deres barns spesielle utfordringer, heller enn generell informasjon om foreldreferdigheter. Hele 78% av familiene med barn med de mest omfattende vanskene oppgir at de hadde behov for råd og veiledning den første tiden etter de mottok barnet, sammenlignet med 26% blant familier med barn uten vansker. Dette resultatet viser både potensialet ved å gi sårbare familier veiledning på et tidlig tidspunkt, men peker samtidig på utfordringen ved at mange av familiene vil søke råd om barn med til dels alvorlige vansker. Denne veiledningen av foreldrene bør antagelig gis av samme person som har behandlingsansvar for deres barn, eller annet psykologfaglig helsepersonell med praktisk erfaring med å jobbe med familier til barn og ungdom. Allerede i løpet av de første årene etter adopsjon oppgir 37% av familiene at de har hatt behov for å snakke med en psykolog med spesialkompetanse på adopsjon. Det er også et behov her for å hjelpe familiene til å ivareta søsken til barn med store hjelpebehov.

Behov for bedre hjelp fra helsestasjonene

Et tema som gikk igjen i de åpne tekstsvarene var at foreldrene både så potensialet ved utvidet bruk av helsestasjonene, samtidig med erfaring med at helsesøstrene hadde for lite kompetanse om foreldrenes og barnas behov. I biologiske familier blir man innkalt hyppig i den første tiden etter barnet blir født når behovet er størst, og sjeldnere jo eldre barnet blir. Dette fordi man antar at behovet for veiledning avtar etter som barna blir eldre. Som flere av adoptivforeldrene påpekte, er de like ferske og usikre foreldre når de kommer med et nylig adoptert barn på fem år, som det biologiske foreldre er rett etter fødselen. Det vil være en god støtte for nyslåtte adoptivforeldre om helsestasjonene får et oppfølgingsansvar overfor disse på linje med det andre ferske foreldre får. Oppfølgingen må ta høyde for at adoptivbarn er nye i sine familier selv om de aldersmessig er over nyfødtstadiet, og at foreldrene kan trenge veiledning like ofte som biologiske foreldre får fra barna er nyfødte. Helsestasjonene har blant annet mye nyttig kunnskap om barns fysiske og psykiske utvikling, språkutvikling, atferd, mat og ernæring som er helt nytt for adoptivforeldrene.

Behov for adopsjonsfaglig kompetanse og tiltak i hjelpeapparatet

Både tekstsvarene og svarene på spørreskjema tyder på at mange av foreldrene ønsker seg hjelp av helsepersonell med spesialkunnskap om adopsjonsspesifikke forhold. Hos foreldre med barn med ulike psykiske vansker er behovet størst. Behovet for kontakt med helsearbeidere med adopsjonsfaglig kunnskap og fortvilelse over at denne hjelpen ikke er tilgjengelig går igjen i de fleste internasjonale studier av adoptivfamiliers erfaringer med helsevesenet (Atkinson & Gonet, 2007; Atkinson & Riley, 2017; Leake, Wood, Bussey, & Strolin-Goltzman, 2019; Waid & Alewine, 2018).

Et mål med å inkludere et felt for fritekstsvaret var at vi her skulle få et klarere bilde av hva foreldrene selv mente var unikt ved adoptivbarnas behov, og mer konkret hva slags kunnskap det var hjelpetjenestene manglet. Noen svar tyder på at foreldrene erfarer at barnas tilknytningsvansker fører til problemer med å etablere gode relasjoner til andre barn og til lærere, da de ofte opptrer avvisende, uten å forstå dette selv. Flere foreldre nevner at de har fått konkrete råd fra fagfolk med kunnskap om tilknytningsvansker hos adoptivbarn, og at veiledningen har «helt endret hvordan barnet mitt relaterer seg til andre mennesker», som en mor beskrev det. Et annet tema som går igjen er at skole og helsevesen ikke forstår hvordan tidlige traumer kan påvirke barns evne til læring og konsentrasjon, og at skolen enten ikke iverksetter tiltak eller de setter i gang tiltak som virker mot sin hensikt. Noen nevner manglende forståelse i skoleverket for de helt spesielle språkvanskene som utenlandsfødte adoptivbarn opplever som en følge av å måtte skifte språk når de kommer til sitt nye hjemland.

Utfordringer knyttet til reguleringsvansker og tilknytningsvansker hos barna går igjen også i internasjonale studier basert på foreldrenes erfaringer. I en kvalitativ studie fra USA oppga adoptivforeldrene at de vanligste årsakene til vansker hos barna var ukontrollerte sinneutbrudd/problemer med å regulere følelsene, tilknytningsvansker, avvisning av venner og familie samtidig med redsel for å bli avvist, og sorgreaksjoner som barnet relaterer til avvisning fra sin biologisk mor (Zosky, Howard, Smith, & Shelvin, 2005). Andre studier har også vist at adoptivforeldre opplever stress på grunn av kommunikasjonsvansker og problemer med kontakt og avvisning fra barnet (McGlone, Santos, Kazama, Fong, & Mueller, 2002). Tilknytningsvanskene hos barna skaper utfordringer for foreldre og tidligere søsken som skal knytte seg til det nye barnet (Smith, Howard, & Monroe, 2000).

Mange adoptivbarn har hatt en tøff start på livet. Flere har opplevd omsorgssvikt, fysisk mishandling, og pre-natal rusmisbruk før de kom til sin nye familie (Bramlett, Radel, & Blumberg, 2007; Groza & Ryan, 2002). Longitudinelle studier har vist at tidlige traumer øker risikoen for senere psykiske vansker hos adoptivbarna (Tieman, van der Ende, & Verhulst, 2005). Opplevelsen av sosial-emosjonell deprivasjon (manglende oppmerksomhet og stimuli deres første leveår) kan ha negative langtidsinnvirkninger på adoptivbarn (Chisholm, 1998; Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000; Van Den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Alink, 2012). Flere argumenterer for at tidlige traumer og tilknytningsvansker trolig er en av hovedforklaringene på hvorfor adoptivbarn har høyere forekomst av vansker enn andre barn (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Juruena, 2013; Forkey & Szilagy, 2014; Knight & Gitterman, 2019; B. D. Perry, 2009).

Flere forskere og klinikere konkluderer dermed med at adoptivfamiliene trenger godt kvalifiserte psykologfaglige hjelp og veiledning av personer med spesialkompetanse på behandling av traumer, tilknytning, og utfordringer i familiene som ofte følger slike typer problemer (utagering og sinne hos barna, avvísninger av foreldre og søsken, ustabile følelser, sorg over avvísningen av biologiske foreldre)(Barnett et al., 2017). Gitt den økte sannsynligheten for at barn som blir adoptert vil ha kontakt med og få tilgang til ulike helsetjenester, trenger hjelpetjenesten opplæring i hvordan de skal behandle komplekse traumer og tilknytningsvansker og direkte konsekvenser av dette som er vanlige i mange adoptivfamilier(Barnett, Yackley, & Licht, 2018). Dette inkluderer støtte før og etter adopsjon (Burke, The Prevention Group Research Team, Schlueter, Bader, & Authier, 2018; Lee, Kobulsky, Brodzinsky, & Barth, 2018; Moyer & Goldberg, 2014; Waid & Alewine, 2018) samt adopsjonskompetente psykiske helsetjenester (Atkinson & Riley, 2017; Murray & Sullivan, 2017). Det å sette inn tidlige hjelpe- og støttetilbud ovenfor adoptivfamiliene har potensiale til å redusere eventuelle negative virkninger av tidlige traumer (Howe & Fearnley, 2003; C. L. Perry & Henry, 2009) og kan være med på å støtte adoptivforeldrene i deres omsorg av barna (Reilly & Platz, 2004).

Flere land har da som en følge av dette utviklet egne hjelpetjenester for adoptivfamilier. Som vi har nevnt tidligere tilbyr ikke offentlige organer i Norge spesifikke støttetjenester til adoptivfamilier i dag. Prinsippet er at støtte og tiltak til adoptivfamilier skal dekkes av det ordinære hjelpetilbudet. Slik vi tolker resultatene fra vår undersøkelse, er det imidlertid overveiende sannsynlig at spesielt familiene med de mest omfattende vanskene ikke får den helsehjelpen de trenger. Dette skyldes både manglende kapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien generelt, men også manglende adopsjonsfaglig kunnskap som familiene vurderer som nødvendig, både innenfor BUP, PP-tjenesten, helsestasjonene, og i skole og barnehage. Om man skal sikre adoptivfamiliene tilstrekkelig og adekvat hjelp, ser det ut til at tiltak rettet mot disse familiene må basere seg på adopsjonsfaglig kunnskap. De siste årene har det vært en dreining mot færre internasjonale adopsjoner og at adopsjonene som gjennomføres i større grad involverer barn som har til dels omfattende vansker (Miller, Pérouse de Montclos, & Sorge, 2016; Selman, 2012). Det er derfor trolig at en større andel barn som adopteres i fremtiden vil ha spesielle og sammensatte behov, noe som ytterligere aktualiserer behovet for et spesialisert tilbud til adoptivfamilier.

Selv om de fleste vestlige land har ulike former for PAS, er det få studier som har evaluert effekten av tiltakene som tilbys. Vi har identifisert to studier hvor man har gått systematisk igjennom ulike hjelpetilbud etter adopsjon for å kartlegge om tiltakene har hatt en positiv effekt på familiene. Drozd et al. (2018) gjorde et systematisk søk over eksisterende studier av effekten av postadopsjons intervensjoner. De identifiserte ti studier som undersøkte effekten av ulike intervensjoner. Intervensjonene inkluderte blant annet veiledning av foreldre, gruppeveiledning, og webbaserte kurs. Resultatene ga ikke

grunnlag for å trekke entydige konklusjoner på grunn av store metodiske svakheter ved de inkluderte studiene. Stother et al. (2019) gikk igjennom 11 tilgjengelige studier av PAS-tiltak i skolen. De fant noe støtte for at trening av lærere i hvordan de kunne møte adoptivbarna var et effektivt tiltak. Forfatterne understrekte imidlertid at det er svært lite forskning på dette området og at det er lite evidens per i dag om hvilken rolle skolen skal eller kan ha i PAS. Vi har derfor ikke funnet studier som kan informere om hvilke typer tiltak som har vist seg å være mest effektive i å hjelpe adoptivfamilier. Anbefalinger om tiltak må derfor ta utgangspunkt i informasjonen vi har om hva som kjennetegner behovet hos familier med størst hjelpebehov.

Behov for kompetansesenter for adopsjon i Norge

Flere foreldre nevner at det er behov for et sted hvor **helsearbeidere og lærere** kan henvende seg for å få veiledning i hvordan de best kan hjelpe adoptivbarn de kommer i kontakt med. Både Adopsjonslovutvalget (NOU 2014:9 «Ny adopsjonslov») og Hoveutvalget (NOU 2009: 21. Adopsjon – til barnets beste) viser til at det er et behov for et kompetanseløft i barnehager, skoler, helsestasjoner, pedagogisk personale og hjelpeapparatet ellers, slik at de skal ha nødvendig kompetanse for å følge opp adoptivbarn og deres familie. Det kan derfor se ut som om det er behov for et kompetansemiljø som kan bistå både adoptivforeldre, adoptivbarn, lærere og annet helsepersonell som trenger råd og veiledning, samt et kompetansemiljø som kan bistå til undervisning i de ulike helsefaglige utdanninger i Norge. Det er viktig å påpeke at dette ikke kun gjelder psykologfaglig kunnskap, men også pedagogisk kunnskap, som mange av foreldrene etterspør.

Flere av tiltakene nevnt over krever også at man bygger opp kompetanse hos enkeltpersoner. Et tilbud hvor kompetansen og ressursene er avhengig av enkeltpersoner er imidlertid svært sårbart. Vi anbefaler derfor at man heller etablerer et **kompetansemiljø** forankret i et allerede eksisterende miljø og gjerne innenfor et klinisk forskningsmiljø. Dette har flere fordeler. Et team med flere ansatte vil kunne sikre opprettholdelse og videreføring av kompetanse ved personalendringer. Et fagmiljø vil også sikre bred og solid kompetanse på barn og unges vansker, om ulike hjelpe- og støttetilbud, og erfaring fra undervisning og rådgiving av helsearbeidere. Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP og RKBUS) vil være et godt alternativ. Sentrenes rolle er å være et faglig tyngdepunkt for både spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren, og bidra til å utvikle og forbedre det psykiske helsearbeidet for barn og unge – i barnehager og på skoler, gjennom barneverntjenesten, helsetjenesten, PPT og BUP. Tilknytning til et forskningsmiljø, som man har ved regionsentrene for barn og unge, vil kunne stimulere til økt forskning på adoptivfamilier i Norge, som igjen vil kunne bidra til bedre hjelpe- og støttetilbud. Våre anbefalinger er i tråd med anbefalingene fra Adopsjonslovutvalget. Det er en utfordring for spesialiserte tjenester at folk bor spredt i Norge. Man kan derfor enten tenke seg et sentralt organisert miljø som reiser rundt og som benytter seg i utstrakt grad av videokonsultasjoner. Alternativt kan man rekruttere personer i hver av de ulike regionsentrene for barn og unge og legge til rette for et tett samarbeid mellom fagpersonene. Det er viktig å påpeke at mye av vanskene som oppfattes som unike for adoptivbarn av foreldrene er de samme man ser igjen hos fosterbarn, så her er det mange muligheter for å samarbeide med barnevernsarbeidere og barnevernsforskere ved dagens regionale kompetansesentre.

Behov for å bygge opp kompetanse på adoptivbarn i spesialisthelsetjenesten

Mange foreldre i vår undersøkelse etterspør psykologer med spesialkompetanse på adopsjon i BUP. Våre funn viser at foreldrene ikke opplever å få tilstrekkelig psykologfaglig hjelp, ikke bare på grunn av kapasitetsproblemer, men også på grunn av manglende adopsjonsfaglig kompetanse i hjelpeapparatet. Internasjonale studier har rapportert om det samme (Lushey, Holmes, & McDermid, 2018). Vår studie viser at hjelp fra **psykologer med spesialkompetanse på adoptivbarn** står først på behovslisten hos adoptivforeldre med barn med omfattende vansker, som psykiske lidelser (angst, depresjon, ADHD, autisme, tilknytningsforstyrrelser) og atferdsproblemer (rus, skoleskulk, skolefravall, aggresjon). Dette er familier som uansett kommer til å benytte seg av mange offentlige hjelpe- og støttetilbud fremover. Det er derfor behov for å bygge opp kompetansen på adoptivbarn hos norske psykologer og andre fagpersoner ansatt i BUP. Hovedproblemet er at denne kompetansen nesten ikke finnes i Norge i dag. Kun 15% av familiene oppgir at de har fått hjelp av helsepersonell med spesialkompetanse på adoptivbarn, selv om omtrent halvparten av familiene har hatt behov for dette tilbudet. Det kommer frem av tekstsvarene at dette stort sett er hjelp familiene har betalt for selv, og da i hovedsak kurs og psykologisk behandling fra psykologspesialist Joachim Haarklou.

En mulig måte å bygge opp en slik kompetanse på er å utpeke noen sentralt plasserte BUP-klinikker (i områder med mange adoptivfamilier) som har et spesialansvar for å utvikle en slik kompetanse, og dermed være et tredje-linje tilbud som andre BUP-klinikker kan henvise barna til ved behov. Ved kapasitetsoverskudd kan fagpersonene også ta imot andre barn ved BUPen, noe som vil være en fordel også for vurdering av adoptivbarn. Foreldrene i vår studie fortelle ikke bare om mangel på adopsjonsfaglig bakgrunn, men også om hjelpetjenester som overfortolker betydningen av adopsjonsspesifikke erfaringer og ikke ser barnas generelle vansker. Med en slik løsning vil man sikre at adopsjonsfaglig kompetanse bygges på toppen av generell psykologfaglig og psykiatrisk differensialdiagnostisk kompetanse.

Spesialiserte kompetansemiljøer vil ha et fortrinn ved at de sikrer og forvalter kunnskap og kompetanse over tid, og terapeutene får mengdetrening i å behandle adoptivbarn. En kan også argumentere for at behandling av tilstander mer vanlig hos adoptivbarn, som tilknytningsforstyrrelser og traumereaksjoner, kan fungere som en kunnskapsbase som de generelle tjenestene kan rådføre seg med og drøfte saker med når de får ikke-adoptivbarn med de samme vanskene. Studien viser at mange adoptivbarn har sammensatte vansker som gjør at de kan forventes å komme i kontakt med behandlingssenheter både i første- og andrelinjen, og at de ofte vil ha sammensatte behov som krever oppfølging fra flere instanser. Uavhengig av hvordan behandlingstilbudet legges opp, vil det derfor være av verdi om de generelle tilbudene i spesialisthelsetjenesten, samt kommunale tilbud, har kompetanse på og kunnskap om adopsjonsspesifikke forhold. Tilgang på slik kompetanse vil gjøre det lettere å avdekke hendelser, kartlegge, og gi adekvat oppfølging og helsehjelp. Det er også viktig å tenke forebyggende. Bedre tilgang på veiledning og helsehjelp gjennom barnas oppvekst kan i beste fall redusere helsevansker hos adoptivbarna i dag, noe som vil være til det beste for barna og deres familier, og innebære en rasjonell bruk av ressursene i hjelpeapparatet.

Det kan være verdt å nevne et opplæringstiltak man har hatt god nytte av i USA, og som kanskje også kan gjøres tilgjengelige for norske helsearbeidere. Training for Adoption Competency (TAC) er et utdanningsprogram rettet mot helsearbeidere som skal jobbe

med adoptivfamilier og adoptivbarn, utviklet på bakgrunn av familienes behov for helsehjelp fra godt kvalifiserte adopsjons-kompetente mental helsearbeidere. Metoden lærer opp helsepersonell i traumeinformert, tilknytningsbaserte ferdigheter som kan hjelpe adoptivbarna med temaer som tap, sorg, og identitet, ifølge utviklerne (Atkinson & Riley, 2017)

3.8 Anbefaling av tiltak for å bedre oppfølgingen av adoptivfamilier

Anbefalingene bygger på diskusjonen i kapittel 3.7. Vi anbefaler følgende tiltak for å styrke informasjonsbehov og hjelpetjenester til familier med adoptivbarn:

1. **Nettside** med relevant informasjon om adopsjonsspesifikke forhold, oversikt over hvilke rettigheter adoptivfamiliene har, samt oversikt over ulike hjelpe- og støttetilbud. En videoutvikling av nettsiden www.etteradopsjon.no vil være et godt utgangspunkt for å imøtekomme foreldrenes behov.
2. Etablere et **adopsjonsfaglig kompetansemiljø** med ansatte tilknyttet et allerede eksisterende forsknings- og undervisningsmiljø, som kan bistå helsearbeidere og lærere som kommer i kontakt med adoptivbarn rundt om i distriktene i Norge, samt bistå til at våre helseutdanninger inkluderer oppdatert kompetanse på adoptivbarns generelle og spesifikke utfordringer.
3. Kompetansemiljøet får ansvar for å organisere en tjeneste som **sikrer at alle nyere adoptivfamilier får tilbud om å møte en psykologfaglig person** (med kunnskap om adopsjon) i løpet av den første tiden etter adopsjon, som kan sette seg inn i familienes og barnas unike utfordringer og gi veiledning deretter.
4. Kompetansemiljøet får ansvar for å drifte en **telefontjeneste** bemannet av fagpersoner med psykologfaglig utdanning og praktisk erfaring med adoptivfamilier. Hensikten er å veilede adoptivforeldre og adoptivbarn i et livsløpsperspektiv.
5. **Helsestasjonene** bør tilby hyppigere kontroller og veiledning den første tiden etter adopsjon, på lik linje med det biologiske familier får etter fødsel. Helsestasjonene må få et oppfølgingsansvar overfor adoptivfamilier, og helsesykepleiernes kompetanse om adoptivbarn bør styrkes.
6. **Utpeke en psykologspesialist i hver av de fire helseregionene som får et hovedansvar for å ta imot henviste adoptivbarn**, på en BUP med størst tilfang av adoptivbarn. Hensikten er ikke å øremerke en egen stilling, men å sørge for at en allerede ansatt psykolog kan bygge opp klinisk erfaring basert på et allerede eksisterende pasientgrunnlag. Barnets lokale BUP kan utrede familien og ha hovedansvaret for oppfølging av familien i deres lokalmiljø, men kan henvise familien videre til «adopsjonspsykologen» om familien eller barna ønsker dette. Ordningen sikrer at man bygger opp kompetanse på adoptivbarn i utvalgte BUP-miljøer samtidig som man ivaretar behov for generell psykologisk kompetanse slik at man forebygger at ikke all problematikk kun tolkes som en konsekvens av barnets unike adopsjonshistorie.

7. Legge opp innholdet i de **adopsjonsforberedende kursene** slik at kursene sikrer at foreldrene får kunnskap om hvordan eventuelle tidlige traumer og tilknytningsvansker kan påvirke barna gjennom hele deres oppvekst, gir foreldreveiledning relevant for adoptivbarns spesielle behov og reaksjonsmønstre, informerer familiene om hvor de kan få nødvendig veiledning og helsehjelp, og forbereder foreldre på at barna kan utvikle psykiske vansker, spesielt i ungdomstiden.

4 Konklusjon: Bedre føre var OG etter snar

Blant barn som frigis for adopsjon i Norge eller fra andre land utgjør barnevernsbarn en stor gruppe. Mange har vært utsatt for rus i svangerskapet, omsorgssvikt, eller har medfødte utviklings- og funksjonsvansker, og mange har eller kan forventes å få vesentlige helseutfordringer. Dette stiller store krav til kapasiteten og omsorgsevnen til adoptivforeldre, ikke bare mens barna er mindreårige, men også i et livsløpsperspektiv. Formålet med prosjektet har vært å bidra til at utredning av adoptivsøkere og oppfølging av adoptivfamiliene er forankret i oppdatert forskning, erfaringer fra praksisfeltet, og adoptivforeldrenes egne ønsker og erfaringer.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at halvparten av foreldrene oppgir at deres adoptivbarn ikke har vansker per i dag. Dette er veldig positivt, gitt barnas utfordrende start på livet. Resultatene kan muligens være et uttrykk for at Bufetat og Faglig rådgivende utvalg har lyktes i å velge ut adoptivforeldre som har de egenskapene og ressursene som kreves for å gi barna en god oppvekst. Etter en omfattende gjennomgang av relevant litteratur og etter å ha lest andre lignende litteraturgjennomganger har vi kommet frem til at selv om det er god støtte for dagens vurderingsindikatorer og metoder er det likevel rom for noen forbedringer.

En tredjedel av foreldrene i undersøkelsen oppgir at de har barn med store og ofte sammensatte vansker. Skader under svangerskapet og tidlige traumer og tilknytningsvansker ansees som hovedforklaringene på hvorfor adoptivbarn har høyere forekomst av vansker enn andre barn (Carr et al., 2013; Forkey & Szilagyi, 2014; Perry, 2009; Knight & Gitterman, 2019). Det er liten grunn til å forvente at forekomsten av vansker hos adoptivbarna vil bli vesentlig redusert selv med de forbedringene i vurderingsmetode som vi foreslår. Nyere forskning tyder på at barn som blir frigjort for utenlandsadopsjon i dag ofte er eldre og har mer omfattende vansker enn tidligere (Miller et al., 2016; Selman, 2012), noe som kan tyde på at andelen adoptivbarn som har vansker heller vil øke i fremtiden. Dette vil øke behovet for tilgjengelige og relevante hjelpe- og støttetilbud for framtidige adoptivfamilier. Det er derfor bekymringsfullt at vår undersøkelse viser at så mange av foreldrene opplever at de ikke får tilstrekkelig hjelp innenfor det offentlige helsevesenet.

Det er FHIs vurdering at det største potensialet for utvikling og styrking av adoptivtjenestene ligger i bedre oppfølging heller enn i utviklingen av enda bedre metoder for å velge ut foreldre. Det å sette inn tidlige hjelpe- og støttetilbud ovenfor adoptivfamiliene kan bidra til å redusere eventuelle negative virkninger av tidlige traumer (Howe & Fearnley, 2003; Perry, 2009) og kan være med på å støtte adoptivforeldrene i deres omsorg av barna (Reilly & Platz, 2004; White, 2015). Gitt den økte sannsynligheten for at barn som blir adoptert vil få behov for ulike helsetjenester, trenger tjenestene opplæring i hvordan de skal behandle komplekse traumer og tilknytningsvansker og direkte konsekvenser av disse (Barnett et al., 2018). Flere har derfor argumentert for en styrking av støttefunksjoner ovenfor adoptivfamiliene både før og etter adopsjon (Burke et al., 2018; Lee et al., 2018; Moyer & Goldberg, 2017; Waid & Alewine, 2018) samt bedre tilgang til adopsjonskompetente psykiske helsetjenester (Atkinson & Riley, 2017; Murray & Sullivan, 2017).

Vår vurdering er i tråd med Adopsjonslovutvalget (NOU 2014:9 «Ny adopsjonslov») og Hove-utvalget (NOU 2009: 21. Adopsjon – til barnets beste) som begge har påpekt at det

er et paradoks at man legger ned så mye tid og offentlige ressurser på å velge ut de beste foreldrene, for deretter å overlate familiene til det vanlige hjelpeapparatet, uten en spesiell rett til tilgang på helsetjenester, eller anerkjennelse av behovet for å bygge opp nasjonal adopsjonsfaglig kompetanse innenfor helsevesenet. Oppfølgingen av våre adoptivbarn, som ofte er andre lands barnevernsbarn, står i stor kontrast til hvordan vi følger opp egne barnevernsbarn som kommer i fosterhjem. Adopsjonslovutvalget konkluderte i 2014 med at *«Så lenge samfunnet har kunnskap om at adoptivfamilier opplever noen særlige problemstillinger etter adopsjon og at mange opplever dagens ordning som utilfredsstillende, bør reglene endres. Adopsjonslovutvalget foreslår derfor å etablere en offentlig støtteordning som spesifikt retter seg mot problemstillinger som adoptivfamilier kan møte på etter adopsjon.»*. Vår undersøkelse har bekreftet behovet for at det offentliges ansvar for adoptivbarn må ses i et livsløpsperspektiv, og ikke stoppe ved godkjenning av adoptivsøkere.

Referanser

- Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M., Hagen, K., Gustavson, K., & Utgarden, I. (2020). *Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering*. Retrieved from Oslo:
<https://www.fhi.no/contentassets/9edd82a6bff54e488870e612131bb242/barn-unge-og-kriminalitet-2020.pdf>
- Adopsjonsforum, & InorAdopt. (2013). *Utredning av kompetansesenter for adopsjon : et forprosjekt utført av adopsjonsforeningene Adopsjonsforum og InorAdopt i perioden 2012-2013*. Retrieved from
<https://www.adopsjonsforum.no/userfiles/Etteradopsjon/Kompetansesenter%20for%20adopsjon,%20rapport.pdf>
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. doi:10.1037/0003-066X.44.4.709
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O'Beirne-Kelly, H., & Kilmer, S. L. (2003). A secure base in Adolescence: Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. 74(1), 292-307. doi:10.1111/1467-8624.t01-1-00536
- Ankestyrelsen. (2014). *Ankestyrelsens analyse af det danske adoptionssystem – delundersøgelse 1: Adoptanternes opfattelse af og erfaringer med adoptionsprocessen*. Retrieved from <https://ast.dk/filer/born-og-familie/delundersogelse-1-adoptanternes-opfattelse-af-og-erfaringer-med-adoptionsprocessen.pdf>
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137
- Askeland, K. G., Hysing, M., La Greca, A. M., Aarø, L. E., Tell, G. S., & Sivertsen, B. (2017). Mental health in internationally adopted adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 203-213. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.009>
- Atkinson, A., & Gonet, P. (2007). Strengthening adoption practice, listening to adoptive families. *Child Welfare*, 86(2), 87-104. Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17533774>
- Averett, P., Nalavany, B., & Ryan, S. (2009). An Evaluation of Gay/Lesbian and Hetrosexual Adoption. *Adoption Quarterly*, 12(3-4), 129-151. doi:<https://doi.org/10.1080/10926750903313278>
- Barnett, E.R., Jankowsky, M.K., Butcher, R.L., Meister, C., Parton, R.R., & Drake, R.E. (2017). Foster and adoptive parent perspectives on needs and services: a mixed method study. *The Journal of behavioral Health Services & Research*, 45, 74-89.
- Barnett, E.R., Yackley C.R., & Licht, E.S. (2018). Developing, implementing, and evaluating a trauma-informed care program within a youth residential treatment center and special needs school. *Residential Treatment for Children & Youth*, 35:2, 95-113, DOI: 10.1080/0886571X.2018.1455559.
- Barone, L., & Lionetti, F. (2012). Attachment and emotional understanding: a study on late-adopted pre-schoolers and their parents. *Child: Care, Health & Development*, 38(5), 690-696. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01296.x
- Barone, L., Lionetti, F., & Green, J. (2017). A matter of attachment? How adoptive parents foster post-institutionalized children's social and emotional adjustment. *Attachment & Human Development*, 19(4), 323-339. doi:10.1080/14616734.2017.1306714
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226

- Belanger, K., Copeland, S., & Cheung, M. (2008). The role of faith in adoption: achieving positive adoption outcomes for African American children. *Child Welfare, 87*(2), 99-123. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med6&AN=18972934>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55*(1), 83-96. doi:10.2307/1129836
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships, 12*, 463-472. doi:<https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Bifulco, A. (2013). *Understanding adult attachment in family relationships: Research, Assessment and Intervention*. London: Routledge.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L. L., Hayes, S., Muzik, M., . . . Group, T.-P. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry Suppl, 46*, s31-37. doi:10.1192/bjp.184.46.s31
- Bifulco, A., Jacobs, C., Bunn, A., Thomas, G., & Irving, K. (2008). The attachment style interview (ASI). *Adoption & Fostering, 32*(3), 33-45.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41*(10), 796-805. doi:10.1007/s00127-006-0101-z
- Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., & Bunn, A. (2009). Problem partners and parenting: exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder. *Attachment & Human Development, 11*(1), 69-85. doi:10.1080/14616730802500826
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37*(2), 50-59. doi:10.1007/s127-002-8215-0
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37*(2), 60-67. doi:10.1007/s127-002-8216-x
- Bimmeål, N., Juffer, F., van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of internationally adopted adolescents: A review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry, 11*(2), 64-77. doi:<https://doi.org/10.1080/10673220303955>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation*: Basic Books.
- Bretherton, I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationships. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 13-47). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*(7), 709-723.
- Brodzinsky, D. M. (2005). Reconceptualizing Openness in Adoption: Implications for Theory, Research, and Practice. In D. M. Brodzinsky & J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: Research and practice*. (pp. 145-166). Westport, CT: Praeger.
- Brooker, R. J., Neiderhiser, J. M., Leve, L. D., Shaw, D. S., Scaramella, L. V., & Reiss, D. (2015). Associations between infant negative affect and parent anxiety symptoms are bidirectional: Evidence from mothers and fathers. *Frontiers in Psychology, 6*, 1875. doi:10.3389/fpsyg.2015.01875
- Bårdstu, S., Haukedal, C., & Torgersen, L. (2021). *Hva kjennetegner gode (adoptiv)foreldre? En litteraturgjennomgang* Retrieved from Oslo:

- Canzi, E., Ranieri, S., Barni, D., & Rosnati, R. (2017). Predictors of parenting stress during early adoptive parenthood. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-017-9657-x
- Carr, G. D., Moretti, M. M., & Cue, B. J. H. (2005). Evaluating parenting capacity: Validity problems with the MMPI-2, PAI, CAPI, and ratings of child adjustment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 188-196.
- Caspi, A., & Shiner, R. L. (2006). Personality development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personality development*. (Vol. 3, pp. 300-365). New York, NY: Wiley.
- Chantler, L. (2014). Psychological assessment of parents' suitability for overseas adoption. *InPsych*, 36(4).
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. 69(4), 1092-1106. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06162.x
- Conde, A., Figueiredo, B., & Bifulco, A. (2011). Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attach Hum Dev*, 13(3), 271-291. doi:10.1080/14616734.2011.562417
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362-371.
- Crea, Barth, Chintapalli, & Buchanan. (2009). The implementation and expansion of SAFE: Frontline responses and the transfer of technology to practice. *Children and Youth Services Review*, 31, 903-910. doi:10.1016/j.childyouth.2009.04.005
- Crea, T. M., Barth, R. P., Chintapalli, L. K., & Buchanan, R. L. (2009a). The implementation and expansion of SAFE: Frontline responses and the transfer of technology to practice. *Children and Youth Services Review*, 31, 903-910. doi:10.1016/j.childyouth.2009.04.005
- Crea, T. M., Barth, R. P., Chintapalli, L. K., & Buchanan, R. L. (2009b). Structured home study evaluations: perceived benefits of safe versus conventional home studies. *Adoption Quarterly*, 12(2), 78-99. doi:10.1080/10926750902978824
- Crea, T. M., Chan, K., & Barth, R. P. (2014). Family environment and attention-deficit/hyperactivity disorder in adopted children: associations with family cohesion and adaptability. *Child: Care, Health & Development*, 40(6), 853-862. doi:10.1111/cch.12112
- Dalen, M., Hjern, A., Lindblad, F., Odenstad, A., Ramussen, F., & Vinnerljung, B. (2008). Educational attainment and cognitive competence in adopted men — A study of international and national adoptees, siblings and a general Swedish population. *Children and Youth Services Review*, 30(10), 1211-1219. doi:10.1016/j.childyouth.2008.03.006
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496. doi:10.1037//0033-2909.113.3.487
- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10(1), 45-59. doi:10.1037/0893-3200.10.1.45
- DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*, 92, 1-6. doi:10.1016/j.comppsy.2019.04.001
- Demiri, A., & Gundersen, T. (2016). *Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse* (7/2016). Retrieved from Oslo:
- Dickerson, J., & Allen, M. (2007). *Parent screening. A professional guide for evaluations*. New York: Routledge.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Drozd, F., Bergsund, H. B., Hammerstrøm, K. T., Hansen, M. B., & Jacobsen, H. (2018). A systematic review of courses, training, and interventions for adoptive parents. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 339-354.

- Duncan, G. J., Lee, K. T. H., Rosales-Rueda, M., & Kalil, A. (2018). Maternal Age and Child Development. *Demography*, 55(6), 2229-2255. doi:10.1007/s13524-018-0730-3
- Eanes, A. Y., & Fletcher, A. C. (2006). Factors associated with perceived parenting competence among special needs adoptive mothers. *Families in Society*, 87(2), 249-258,158-159. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/230172812?accountid=172179>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70(2), 513-534. doi:10.1111/1467-8624.00037
- Elmund, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2007). Intercountry adoptees in out-of-home care: a national cohort study. 96(3), 437-442. doi:10.1111/j.1651-2227.2006.00149.x
- Farr, R. H., Forssell, S. L., & Patterson, C. J. (2010). Parenting and child development in adoptive families: Does parental sexual orientation matter? *Applied developmental science*, 14(3), 164-178. doi:10.1080/10888691.2010.500958
- Fisher, M. (2017). Adult attachment interview. In J. L. Lebow (Ed.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*: Springer International Publishing AG.
- Gabler, S. (2018). *Eignungseinschätzung von Bewerberinnen und Bewerbern um eine Adoption. Standardisierte Erhebung von relevanten Kriterien*. Retrieved from München:
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Department of psychology, University of California, Berkeley: Unpublished manuscript.
- Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2014). Predictors of parenting stress in lesbian, gay, and heterosexual adoptive parents during early parenthood. *Journal of Family Psychology*, 28(2), 125-137. doi:10.1037/a0036007
- Grotevant, H. D., Perry, Y. V., & McRoy, R. G. (2005). Openness in adoption: Outcomes for adolescents within their adoptive kinship networks. In D. M. Brodzinsky & J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: Research and practice*. (pp. 167-186). Westport, CT: Praeger.
- Gärtner, K., & Heggland, J. E. (2013). Adopterte barn, ungdom og voksne : en kunnskapsoppsummering om kognitiv kompetanse, psykisk helse og bruk av hjelpetjenester. In: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., . . . Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 54(10), 1038-1046. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12100>
- Hawkins, A., Beckett, C., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. (2007). Communicative openness about adoption and interest in contact in a sample of domestic and intercountry adolescent adoptees. *Adoption Quarterly*, 10(3-4), 131-156. doi:10.1080/10926750802163220
- Hughes, D., Rodriguez, J., Smith, E. P., Johnson, D. J., Stevenson, H. C., & Spicer, P. (2006). Parents' ethnic-racial socialization practices: A review of research and directions for future study. *Developmental Psychology*, 42(5), 747-770. doi:10.1037/0012-1649.42.5.747
- Jami, E. S., Hammerschlag, A. R., Bartels, M., & Middeldorp, C. M. (2021). Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Translational psychiatry*, 11(1), 197. Retrieved from <Go to ISI>://MEDLINE:33795643
- Jami, E. S., Hammerschlag, A. R., Bartels, M., & Middeldorp, C. M. (2021). Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Transl Psychiatry*, 11(1), 197. doi:10.1038/s41398-021-01300-2

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334. doi:doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Johnson, W., McGue, M., & Iacono, W. G. (2007a). How parents influence school grades: Hints from a sample of adoptive and biological families. *Learning & Individual Differences*, 17(3), 201-219. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=m edp&AN=19081831>
- Johnson, W., McGue, M., & Iacono, W. G. (2007b). Socioeconomic status and school grades: Placing their association in broader context in a sample of biological and adoptive families. *Intelligence*, 35(6), 526-541. doi:10.1016/j.intell.2006.09.006
- Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 52(3), 241-248. doi:10.1111/j.1741-3729.2003.00241.x
- Judge, S. (2004). Adoptive families: The effects of early relational deprivation in children adopted from Eastern European orphanages. *Journal of Family Nursing*, 10(3), 338-356. doi:10.1177/1074840704266763
- Juffer, F., & van Ijzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA*, 293(20), 2501-2515. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=m ed5&AN=15914751>
- Kirkpatrick, R. M., McGue, M., & Iacono, W. G. (2009). Shared-environmental contributions to high cognitive ability. *Behavior Genetics*, 39(4), 406-416. doi:10.1007/s10519-009-9265-0
- Leake, R., Wood, V. F., Bussey, M., & Strolin-Goltzman, J. (2019). Factors influencing caregiver strain among foster, kin, and adoptive parents. *Journal of Public Child Welfare*, 13(3), 285-306. doi:DOI: 10.1080/15548732.2019.1603131
- Leung, P., & Erich, S. (2002). Family functioning of adoptive children with special needs: Implications of familial supports and child characteristics. *Children and Youth Services Review*, 24(11), 799-816. doi:10.1016/S0190-7409%2802%2900240-2
- Lionetti, F. (2014). What promotes secure attachment in early adoption? The protective roles of infants' temperament and adoptive parents' attachment. *Attachment & Human Development*, 16(6), 573-589. doi:10.1080/14616734.2014.959028
- Lushey, C., Holmes, L., & McDermid, S. (2018). Normalizing post adoption support for all. *Child & Family Social Work*, 23, 137-145. doi:DOI: 10.1111/cfs.12391
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. 51(1), 1-27. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.1
- McAdams, T. A., Rijdsdijk, F. V., Neiderhiser, J. M., Narusyte, J., Shaw, D. S., Natsuaki, M. N., . . . Eley, T. C. (2015). The relationship between parental depressive symptoms and offspring psychopathology: evidence from a children-of-twins study and an adoption study. *Psychological Medicine*, 45(12), 2583-2594. doi:<https://dx.doi.org/10.1017/S0033291715000501>
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., . . . Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186. doi:10.1037/0022-3514.78.1.173
- McEachern, A. D., Fosco, G. M., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., & Gardner, F. (2013). Collateral benefits of the family check-up in early childhood: Primary caregivers' social support and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 271-281. doi:10.1037/a0031485
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 81(2), 151-171.

- Miller, L. C., Pérouse de Montclos, M.-O., & Sorge, F. (2016). Special needs adoption in France and USA 2016: How can we best prepare and support families? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *64*, 308-316. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.05.003>
- Miller, L. C., Pinderhughes, E., de Montclos, M.-O., P., Matthews, J., Chomilier, J., Peyre, J., . . . Naubin, O. (2021). Feelings and perceptions of French parents of internationally adopted children with special needs (SN): Navigating the triple stigma of foreignness, adoption, and disability *Children and Youth Services Review*, *120*, 1-13.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D. W., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. L., . . . Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(7), 2693-2698. doi:10.1073/pnas.1010076108
- Nadeem, E., Waterman, J., Foster, J., Paczkowski, E., Belin, T. R., & Miranda, J. (2017). Long-term effects of pre-placement risk factors on children's psychological symptoms and parenting stress among families adopting children from foster care. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, *25*(2), 67-81. doi:10.1177/1063426615621050
- Neiss, M., & Rowe, D. C. (2000). Parental education and child's verbal IQ in adoptive and biological families in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Behavior Genetics*, *30*(6), 487-495. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=11523707>
- Nærde, A., & Hukkelberg, S. S. (2020). An examination of validity and reliability of the Prenatal Stress Scale in a population based sample of Norwegian parents. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, *15*(12), 1-18. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242735>
- Pace, C. S., Di Folco, S., Guerriero, V., Santona, A., & Terrone, G. (2015). Adoptive parenting and attachment: association of the internal working models between adoptive mothers and their late-adopted children during adolescence. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1433. doi:10.3389/fpsyg.2015.01433
- Pace, C. S., Zavattini, G. C., & D'Alessio, M. (2012). Continuity and discontinuity of attachment patterns: a short-term longitudinal pilot study using a sample of late-adopted children and their adoptive mothers. *Attachment & Human Development*, *14*(1), 45-61. doi:10.1080/14616734.2012.636658
- Passmore, Feeney, & Jordan. (2009). *Eligibility Criteria for Intercountry Adoption and Outcomes for Adoptees. A Review of the Research Evidence and Ethical Considerations*. Retrieved from
- Paulhus, D. L. (1998). *Paulhus Deception Scales: Manual of the Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Pemberton, C. K., Neiderhiser, J. M., Leve, L. D., Natsuaki, M. N., Shaw, D. S., Reiss, D., & Ge, X. (2010). Influence of parental depressive symptoms on adopted toddler behaviors: an emerging developmental cascade of genetic and environmental effects. *Development & Psychopathology*, *22*(4), 803-818. doi:10.1017/S0954579410000477
- Piermattei, C., Pace, C. S., Tambelli, R., D'Onofrio, E., & Di Folco, S. (2017). Late adoptions: Attachment security and emotional availability in mother-child and father-child dyads. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(8), 2114-2125. doi:10.1007/s10826-017-0732-6
- Polderman, T. J., Benyamin, B., de Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nat Genet*, *47*(7), 702-709. doi:10.1038/ng.3285
- Reilly, T., & Platz, L. (2004). Post-adoption service needs of families with special needs children: Use, helpfulness, and unmet needs. *Journal of Social Service Research*, *30*(4), 51-67. doi:10.1300/J079v30n04_03
- Reneflot, A., E., A. L., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from

- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 313-345. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00047.x
- Salcuni, S., Miconi, D., Altoe, G., & Moscardino, U. (2015). Dyadic adjustment and parenting stress in internationally adoptive mothers and fathers: the mediating role of adult attachment dimensions. *Frontiers in Psychology*, 6, 1279. doi:10.3389/fpsyg.2015.01279
- Sanchez-Sandoval, Y., & Palacios, J. (2012). Stress in adoptive parents of adolescents. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1283-1289. doi:10.1016/j.childyouth.2012.03.002
- Santos-Nunes, M., Narciso, I., Vieira-Santos, S., & Roberto, M. S. (2017). Parenting and emotional well-being of adoptive school-aged children: The mediating role of attachment. *Children and Youth Services Review*, 81, 390-399. doi:10.1016/j.childyouth.2017.08.026
- Selman, P. (2009). The rise and fall of intercountry adoption in the 21st century. *International Social Work*, 52(5), 575-594. doi:10.1177/0020872809337681
- Selman, P. (2012). The global decline of intercountry adoption: What lies ahead? *Social Policy and Society*, 11(3), 381-397. doi:doi:10.1017/S1474746412000085
- Semel, R. A. (2016). The personality assessment inventory (PAI) in child custody evaluations: Some contextual and psychometric considerations. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 5(3).
- Shiner, R. L., Masten, A. S., & Roberts, J. M. (2003). Childhood personality foreshadows adult personality and life outcomes two decades later. *Journal of Personality*, 71(6), 1145-1170. doi:10.1111/1467-6494.7106010
- Smith, G. C., & Palmieri, P. A. (2007). Risk of psychological difficulties among children raised by custodial grandparents. *Psychiatric Services* 58(10), 1303-1310. doi:10.1176/ps.2007.58.10.1303
- Specht, J. (2017). *Personality development across the lifespan*: Academic Press.
- Stoher, A., Woods, K., & McIntosh, S. (2019). Evidence-based practice in relation to post-adoption support in educational settings. *Adoption & Fostering*, 43(4), 429-444. doi:10.1177/0308575919882120
- Stover, C. S., Connell, C. M., Leve, L. D., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., Scaramella, L. V., . . . Reiss, D. (2012). Fathering and mothering in the family system: linking marital hostility and aggression in adopted toddlers. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 53(4), 401-409. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02510.x
- Stroobants, T., Vanderfaeillie, J., & Put, J. (2011). *Evaluatie van de huidige screening van adoptieouders uitgevoerd door Diensten voor maatschappelijk onderzoek van de CAW's in het kader van de geschiktheidsprocedure voor interlandelijke adoptie gevoerd voor de jeugdrechtbank*. Retrieved from
- Tan, T. X., Camras, L. A., Deng, H., Zhang, M., & Lu, Z. (2012). Family stress, parenting styles, and behavioral adjustment in preschool-age adopted Chinese girls. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(1), 128-136. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/964179303?accountid=172179>
- Tan, T. X., Gelley, C. D., & Dedrick, R. F. (2015). Non-child-related family stress, parenting styles, and behavior problems in school-age girls adopted from China. *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 2881-2891. doi:10.1007/s10826-014-0092-4
- Tang, E., & Vliegen, N. (2013). *Validatie van de toetsingscriteria en het semi-gestructureerde interview van de Diensten voor Maatschappelijk Onderzoek*. Retrieved from
- Taraban, L., Shaw, D. S., Leve, L. D., Natsuaki, M. N., Ganiban, J. M., Reiss, D., & Neiderhiser, J. M. (2018). Parental depression, overreactive parenting, and early childhood externalizing problems: Moderation by social support. *Child Development*, 0(0). doi:doi:10.1111/cdev.13027

- Tornello, S. L., Farr, R. H., & Patterson, C. J. (2011). Predictors of parenting stress among gay adoptive fathers in the United States. *Journal of Family Psychology, 25*(4), 591-600. doi:10.1037/a0024480
- Vandivere, S., & McKlindon, A. (2010). The well-being of U.S. children adopted from foster care, privately from the United States and internationally. *Adoption Quarterly, 13*(3-4), 157-184. doi:10.1080/10926755.2010.524871
- Viana, A. G., & Welsh, J. A. (2010). Correlates and predictors of parenting stress among internationally adopting mothers: A longitudinal investigation. *International Journal of Behavioral Development, 34*(4), 363-373. doi:10.1177/0165025409339403
- Vinnerljung, Lindblad, Hjern, Rasmussen, & Dalen. (2010). School performance at age 16 among international adoptees: A Swedish national cohort study. *53*(4), 510-527. doi:10.1177/0020872809360037
- Vinnerljung, Sallnäs, & Westermark. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar- om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Modin Tryck.
- Vinnerljung, B., Lindblad, F., Hjern, A., Rasmussen, F., & Dalen, M. (2010). School performance at age 16 among international adoptees: A Swedish national cohort study. *53*(4), 510-527. doi:10.1177/0020872809360037
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.
- Waid, J., & Alewine, E. (2018). An exploration of family challenges and service needs during the post-adoption period. *Children and Youth Services Review, 91*, 213-220.
- Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2010). Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *The American journal of psychiatry, 167*(10), 1240-1246. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09010114
- Zosky, D., Howard, J., Smith, S., & Shelvin, K. (2005). Investing in Adoptive Families. *Adoption Quarterly, 8*(3), 1-23.

Utgitt av Folkehelseinstituttet

August 2021

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no