

Når solskinnshistoriene blekner

Enkelte adoptivfamiliers hjelpebehov og deres møte med ulike hjelpeinstanser

Marit Egge

Alt som er skjedd, både før adopsjonen og etter, lot jeg gå forbi hjernen. Jeg koblet ut smerten og tok det ikke inn. Men det man har koblet ut, kommer opp igjen. Da gjør man mye rart, egentlig for å få hjelp. Sånn tenker jeg på det nå – men jeg gjorde jo ikke det da. Dere så at jeg ikke hadde det lett – når jeg rømte hjemmefra og alt det – men visste ikke hva dere skulle gjøre.

Adoptert jente

Å adoptere betyr å ta til seg som sitt eget

For barn som ikke kan vokse opp med foreldre eller nære slektninger skal adopsjonen gi nye muligheter, og grunntanken er at tap og savn kan erstattes med tillit og håp. For de fleste barn som blir adoptert skjer dette gjennom kjærlig omsorg og daglig oppfølging. Men blant adoptivbarna er det også enkelte med så store helsemessige, kognitive eller tilknytningsrelaterte problemer at barna trenger mer enn ”bare” ny omsorg for å få erstattet det de har mistet og gjenopprettet den uretten de har vært utsatt for.

Lenge var det motstand mot å se denne gruppen adopterte. Motstanden fantes både i formidlingsorganisasjonene, blant mange foreldre, offentlige myndigheter og i hjelpeapparatet. Problemene ble bagatellisert, alminneliggjort og feid under teppet.

Det er nok flere årsaker til at mytene om den problemfrie adopsjon har vært så seiglivete. Redsel for å stigmatisere adopterte og skape fordommer, kan være en. Foreldrenes krav til seg selv om å klare alt, blant annet skapt gjennom godkjenningsordningen, en annen. Uansett grunn er det mye som tyder på at disse mytene har stått i veien for adekvat hjelp til de barna og familiene som har trengt det mest.

Denne artikkelen omhandler en undersøkelse der foreldre til 98 adoptivbarn med store hjelpebehov beskriver problemene og vurderer hjelpen de har fått.

Noen tall om adopsjon

Fram til for drøyt 30 år siden var adopsjon i Norge nesten uten unntak adopsjon av norske barn. På grunn av sosiale, medisinske og økonomiske samfunnsendringer i vårt land har antallet norske barn med behov for ny omsorg blitt sterkt redusert. Samtidig har andelen familier som adopterer barn fra andre land økt. Ser vi bort fra de tilfellene der barnet blir adoptert av stefar eller stemor, er adopsjon i Norge i dag nesten ensbetydende med adopsjon av barn fra utlandet.

Til sammen er det mellom 18- og 19 000 utenlandsadopterte i Norge. De siste årene har antall adopsjoner ligget på mellom 600 og 800. Adopsjonene tilsvarer ca 1 % av antall fødsler.

Sør-Korea, India og Colombia har vært de tre landene det tradisjonelt er kommet flest barn fra. Dette har endret seg de siste årene (Statistisk sentralbyrå 2005). Av de 667 utenlandsadopterte barna i 2004 kom mer enn hvert tredje, til sammen 269, fra Kina. Seks av ti adopterte var jenter. Det store jenteoverskuddet skyldtes at de fleste adopterte fra Kina var jenter.

Alder ved adopsjon har endret seg over tid. Gjennom hele 1970-tallet var de fleste utenlandsadopterte mellom tre og elleve år. Det er først i siste halvdel av 1980-tallet og på hele 1990-tallet at adopterte i aldersgruppen under tre år har dominert. I 2004 kom det 82 barn over 3 år.

Alderen ved ankomst til Norge varierer etter hvilket land barna kommer fra. Andelen barn som var under 1 år ved adopsjon var i 2004 klart størst blant kinesiske, sørkoreanske og etiopiske barn.

Adopsjon forutsetter adopsjonsbevilling fra Barne- og familiedepartementet. Før denne blir gitt, vurderes søkerens omsorgsevne og skikkethet. I tillegg vektlegges den sosiale, økonomiske og helsemessige standarden hos søkeren. Dette skal sikre adopterte barn stabile familier med trygge økonomiske rammer og med et etablert nettverk.

Adopsjonsforskning

Adopsjonsforskningen har tatt opp i seg ulike problemstillinger til ulike tider. Naturlig nok ble adopsjon et område for å studere betydningen av arv og miljø. Særlig var arvede egenskaper og ferdigheter et viktig forsknings-tema i begynnelsen av forrige århundre. Denne forskningen stoppet nesten helt opp etter andre verdenskrig. Ingen ønsket å bli assosiert med nazistenes raseteorier, der gitte egenskaper ble knyttet til ulike folkegrupper. I de senere årene har den genetiske forskningen imidlertid gjort store fremskritt. Det har medført ”an increasing biologization of discourses about personhood and identity” (Howell 2000), noe som også har påvirket diskusjonene rundt adopsjon.

Et annet område som har endret seg over tid er *formålet* med adopsjon. Langt ut i forrige århundre var formålet at ufrivillige barnløse skulle få barn. I dag er hovedformålet å sikre barnet retten til omsorg og et varig hjem (NOU 1976:55). Så lenge oppgaven var å gi foreldre barn, ble det lagt vekt på at barnet utseendemessig og på andre måter passet inn i familien. Adopsjonene var ”usynlige”. Et viktig forskningstema knyttet til usynlige adopsjoner var hvor vidt man skulle fortelle barnet at det var adoptert, og i hvilken grad åpenhet eller fortielse hadde følger for familiedannelsen, foreldrene og barnet (Kirk 1964). En hovedtese, som er blitt stående, er at positiv identitetsutvikling for barna har åpenhet rundt opphav og bakgrunn som en viktig forutsetning.

Da adopsjon på kryss av landegrenser ble mer vanlig åpnet det opp for nye forskningsfelt. Åpenhet eller fortielse rundt adopsjonen hadde ikke lengre relevans, fordi den ytre ulikheten mellom barn og foreldre ”røpet” adopsjonen. Forskningen problematiserte i stedet spørsmål knyttet nettopp til ulikheten innad i familien. I land med store minoritetsgrupper ble etnisitet et viktig tema. Fra England er det eksempler på prosjekter hvor man ønsket svar på om det i det hele tatt var mulig å plassere barn på tvers av etnisk tilhørighet. For å svare på spørsmålet ble barn født i England av afrikanske og asiatiske foreldre adoptert inn i hvite familier (Raynor 1970). Undersøkelsen konkluderte med at det lot seg gjøre å adoptere på tvers av etniske grenser, og at barna i denne undersøkelsen klarte seg bra. Det har imidlertid vært en rekke undersøkelser både i USA, Canada og England som har konkludert med at adopsjon av ”native children by non-native parents” har særdeles dårlig prognose (Adams 2002, Dalen & Sætersdal 1999).

I Norden har politiske, rasemessige eller etniske problemstillinger i liten grad preget adopsjonsdebatten. Disse temaene har derfor heller ikke

blitt viktige forskningsfelt. I den grad man har vært opptatt av etnisitet er det ikke som et negativt kjennetegn, men som et spørsmål om hvordan barnets etnisk bakgrunn får betydning for identitetsutvikling. Det er i det hele tatt den humanistiske og psykologiske grunntanken knyttet til adopsjon som har vært fremherskende i nordisk adopsjonsdiskusjon, og forskningen har i stor grad hatt som formål å besvare spørsmålene om hvordan det går med adoptivbarna. Får de venner? Klarer de seg på skolen? Har de identitetsproblemer? Har de i større grad enn andre behov for hjelp?

I perioden 1996 til 1998 ble det i Norge gjennomført et større forskningsprosjekt finansiert av Norges forskningsråd ”Utenlandsadopterte barn og unge i Norge. Oppvekstvilkår, livsbetingelser og identitetsutvikling”¹, som prøvde å besvare noen av spørsmålene over.

Ser man på norsk forskning under ett har den vært konsentrert rundt tre hovedtemaer: *Tilknytnings- og tilpasningsspørsmål* ved ankomst, *språk og læringsaspekter* i førskole- og skolealder og *identitets- og ungdoms-problematikk* etter hvert som antallet adopterte ungdommer økte.

Hovedinntrykket fra undersøkelser som har tematisert den første tiden etter adopsjonen, er at barna kan ha store vansker knyttet til grunnleggende funksjoner som søvn og mat, de kan vise uttryggghet gjennom avvisning av eller klenging til omsorgspersonene, og de kan ha sterke følelsesreaksjoner i form av sinne eller gråt. Undersøkelsene viser imidlertid at problemene avtok forholdsvis raskt, og at de fleste tilpasset seg sin nye familie og tilværelse (Cederblad 1984, Dalen & Sætersdal 1992).

I forskningen knyttet til kognitive ferdigheter og språkutvikling hos adoptivbarn er resultatene ikke entydige (Dalen & Sætersdal 1999). I noen undersøkelser er det ikke påviselig forskjell mellom adopterte og ikke-adopterte. I andre undersøkelser er det store og signifikante forskjeller. I tillegg er det stor spredning innenfor gruppen utenlandsadopterte. Et viktig funn fra skoleforskningen er imidlertid at til tross for at mange får ekstra hjelp har den tradisjonelle spesialundervisning liten effekt (Dalen & Rygvold 1999).

Identitetsutvikling og selvilde er det tredje tema man har vært opptatt av i nordisk forskning. Adoptivbarn skiller seg fra majoritetsbefolkningen og egne foreldre gjennom utseende, og blir av mange identifisert som innvandrere (Brottveit 1999). Men bortsett fra utseende er det få likhetstrekk mellom disse gruppene. Adopterte har et mer definitivt brudd i sin

¹ Prosjektet var et samarbeid mellom Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo (UiO) og Diakonhjemmet høskolesenter, forskningsavdelingen (DIAFORSK). Prosjektleder var professor Monica Dalen, UiO.

livshistorie enn hva de fleste innvandrerungdommer har. De vokser ikke, som innvandrerungdom, opp med biologisk familie i Norge, samt slekt og venner i opprinnelseslandet. Fordi de fleste adopterte ikke lever med sin opprinnelseskultur vil de heller ikke dele innvandreungdoms erfaringer knyttet til to språk og to kulturer. Gjennom adoptivforeldrene tar de del i majoritetsbefolkningens kulturelle og språklige identitet, og er på dette området svært like norskfødte ungdommer. På grunn av disse spesielle forholdene har man ment at adoptertes identitetsutvikling på vesentlige punkter skiller seg fra tilsvarende utvikling både hos norskfødte og innvandrerungdom. Adoptivungdommenes løsrivingsprosess fra foreldrene minner i stor grad om norskfødte ungdommers frigjøringsprosess. Men de er mer sårbare fordi de må skape en identitet som ikke bare forteller hvem de er, men også hvordan de vil at omgivelsene skal oppfatte dem.

Som en del av identitetsarbeidet har det vært tatt for gitt at søken etter røtter og kunnskap om biologisk opphav er viktig. Kunnskap om opprinnelsesland og tilbakereise til hjemlandet har vært sentralt i denne forståelsen. Det har i liten grad blitt problematisert rundt spørsmålet om *hvor* avgjørende det er for identitetsdannelsen å ha kunnskap om sitt biologiske opphav. Enkelte voksne adopterte har i den senere tid startet en debatt der de utfordrer oppfatningene som knytter identitet, nasjonalitet og kultur svært sterkt til biologi. De er mer opptatt av hvor de har *levd* største deler av livet sitt enn hvor de er *født* (Follerås 2002).

Adopterte er en uensartet gruppe

Til tross for at forskningen *ikke* gir et samlet og entydig bilde, var hovedtesen til langt ut på 90-tallet at bortsett fra noen "kneiker" (som man kom over) var det få problemer knyttet til adopsjon. En mulig årsak til at problemområder er blitt underkommunisert er at forskningsresultater i liten grad er blitt analysert med tilstrekkelig fokus på subgrupper. Man har vært mest opptatt av å beskrive likhet, og har derfor ikke i tilstrekkelig grad problematisert forskjeller. Bildet som etter hvert tegner seg er at adopterte er en svært *heterogen* gruppe, der de som klarer seg bra, klarer seg veldig bra, og de som strever har det ekstra vanskelig. Fremtredene forskere innenfor feltet advarer nå mot bruken av gjennomsnittsmål når adopterte som gruppe blir beskrevet og sammenliknet med andre (SOU 2003:49, Dalen & Sætersdal 1999).

Rutiner for adopsjon, kriterier for utvelgelse av adoptivfamilier og krav knyttet til adoptivbarnet og giverlandet er noen forhold som varierer fra land til land. Komparative analyser er derfor vanskelige å gjennomføre.

På samme måte er det store utfordringer knyttet til å samle adoptivforskningen fra ulike tider og ulike land med en ambisjon om å si noe sentralt om hvordan det går med adoptivbarna. Denne type oversiktsdata (Juffer & van Ijzendoorn 2005) kan si noe på et overordnet plan, men resultatene er for grovkornet til å kunne få en praktisk anvendelse. I verste fall kan slike undersøkelser være med å opprettholde myter rundt adopsjon, og forsterke forståelsen av at adopterte er en ensartet gruppe.

Etter hvert som adoptivbarna ble adoptivungdommer kom det flere sterke vitnesbyrd om barn med alvorlige traumer og foreldre som kjempet en innbitt kamp både med og mot hjelpeapparatet (Øhren 1995). Midt på 90-tallet begynte det også å komme signaler fra hjelpeapparatet om en overrepresentasjon av adopterte blant deres ungdommer. I 1999 gjennomførte Statistisk sentralbyrå (SSB) en kartlegging av utenlandsadopterte barn i barnevernet (Kalve 1998). Undersøkelsen omfattet alle barn og unge under 20 år og viste fordelingen av norskfødte og adopterte barn og unge som mottok barnevernstiltak ved utgangen av 1996. I gruppen utenlandsadopterte barn sett under ett, var det få barn med barnevernstiltak sammenlignet med norskfødte barn. Adopterte barn i førskolealder var knapt registrert, og svært få i aldersgruppen 7-12 år hadde tiltak. Så man derimot på ungdom mellom 13 og 17 år fant man en dramatisk økning. Det var 47 pr. 1000 utenlandsadopterte 16-åringer med barnevernstiltak, mot under halvparten, 21 pr. 1000 blant norskfødte i samme aldersgruppe. Også når det gjaldt 18- og 19-åringer, skilte de utenlandsadopterte seg ut med tre ganger så høy rate som de norskfødte.

SSB-undersøkelsen er ikke senere fulgt opp, og er dermed den eneste norske undersøkelsen som bygger på registerdata fra hjelpeapparatet, men fra svensk forskning er det flere rapporteringer med utgangspunkt i denne type datakilder. Den mest omfattende er et arbeid av Hjern, Lindblad og Vinnerljung fra 2002. Undersøkelsen kobler flere typer registre og ser på utdanning, arbeid, familieetablering, sykdom, selvmord, kriminalitet og rus. I studien inngår to grupper utenlandsadopterte. Den eldste gruppen omfatter nesten 6000 personer som på undersøkelsestidspunktet var mellom 23 og 30 år. Den andre gruppen utgjør i overkant av 11 000 og har et aldersspenn fra 8 til 24 år. Kontrollgruppene er et gjennomsnitt av majoritetsbefolkningen, en søskengruppe (adoptivforeldrenes biologiske barn), en gruppe vestlige innvandrere og en gruppe ikke-vestlige innvandrere.

Resultatene gir grunn til bekymring. Når det gjelder alvorlige psykiske lidelser, inkludert selvmord og selvmordsforsøk, er adopterte tre til fire ganger mer utsatt enn andre svenske ungdommer med tilsvarende sosio-

økonomiske bakgrunn. De har fem ganger så stor sjanse for å utvikle rusavhengighet og to til tre ganger så stor sjanse for å være registrert for straffbare handlinger.

Denne undersøkelsen beskriver langt mer omfattende problemer enn de fleste andre undersøkelser vi kjenner fra Norden. Den til dels dramatiske forskjellen fra tidligere refererte utvalgundersøkelser, kan ha sin årsak i at mange av utvalgene er små, og at det i tillegg kan være skjevheter ved at de med størst problemer ikke svarer. Det vil derfor være større usikkerhet knyttet til generalisering fra utvalgsdata enn registerdata.

Adoptivfamilien

Adoptivforeldrene har i liten grad vært tema for nærgående studier som omhandler psykiske og sosiale forhold i familien og hvordan de knytter seg til barnet. Derimot vet vi mye om foreldrenes sosioøkonomiske tilhørighet. På grunn av kravene som stilles til adoptivforeldre er det forventet at de som gruppe skiller seg noe fra gjennomsnittsbefolkningen. Alle undersøkelser bekrefter dette. Fra Sverige viser registerdata (Hjern, Lindblad & Vinnerljung 2002) at adoptivfamilier har høyere gjennomsnittsinntekt, lengre utdanning og bor i eget hus oftere enn andre. De er eldre, sjeldnere aleneforsørgere, i mindre grad i kontakt med hjelpeapparatet på grunn av misbruk eller psykiske lidelser og er mindre kriminelt belastet enn befolkningen for øvrig.

Fra Norge har vi data som sammenlikner adoptivfedres og biologiske fedres yrkestilknytning (Botvar 1999). Hver fjerde utelansadopterte har ifølge denne undersøkelsen en far som jobber innen helse-, sosial- eller undervisningssektoren. Det er også en overrepresentasjon av fedre som har lederstillinger og en markant underrepresentasjon i kategorien arbeidere.

Grovt sett kan man si at når man ser på adoptivfamiliene som gruppe og sammenlikner dem med befolkningen for øvrig, vil man finne stor grad av homogenitet blant foreldrene, mens forskjellene i barnegruppen vil være større enn i befolkningen sett under ett.

Problembeskrivelse og hjelpebehov

Selv om man etter hvert har erkjent at det finnes en gruppe adopterte som har det ekstremt vanskelig, mangler vi i Norge forskning som gir en dekkende beskrivelse og forståelse av problemområdene. Det er heller ikke dokumentert hvilke hjelpetiltak som iverksettes og om hjelpen har effekt.

I fortsettelsen skal vi gjengi en norsk undersøkelse som nærmer seg disse temaområdene². Undersøkelsen har følgende to hovedproblemstillinger:

Hvilke ordninger møter adoptivfamiliene når de kommer til Norge, og i hvor stor grad er ordningene hensiktsmessige og tilpasset familienes behov.

I hvilken grad har ulike hjelpeinstanser kunnskap om adopsjon, og hvordan blir adoptivfamilien forstått og ivaretatt i de tilfellene der barnet trenger utredning, oppfølging eller behandling.

Undersøkelsen henter sitt utvalg fra familier som var med i Adoptivforeldreforeningen, en medlemsbasert interesseforening for adoptivforeldre som eksisterte fra 1997 til 2004. Foreningen hadde som uttalt formål at *alle* adoptivfamilier i Norge skulle få en best mulig livssituasjon, og henvendte seg i særlig grad til familier som opplevde at de hadde behov for hjelp og støtte. Av foreningens medlemmer var det derfor mange med et uttalt hjelpebehov. Utvalget i undersøkelsen er derfor sterkt selektert, og resultatene kan ikke si noe om adopterte som gruppe.

Til sammen omfatter utvalget 89 familier som på et tidspunkt hadde ett eller flere barn (til sammen 98) med så store atferdsproblemer at de søkte – og fikk – profesjonell hjelp. I de fleste familiene er det også søsken uten store hjelpebehov. Disse er ikke inkludert i datamaterialet.

Barna som omfattes av undersøkelsen kommer fra de fleste land det adopteres fra, og har sine røtter i Afrika, Amerika, Asia og Europa. På undersøkelsestidspunktet hadde barna i gjennomsnitt bodd i Norge i 12 år og hadde en gjennomsnittsalder på mellom 14 og 15 år. Halvparten av barna var under ett år ved ankomst. Tidlig-adopsjon er dermed ingen ”garanti” mot problemer, men det fremgår av undersøkelsen at andelen som får problemer øker ved økt adopsjonsalder.

Datainnsamlingen var i form av spørreskjema og intervju, og ble foretatt i 1999/2002. Det er foreldrene som er hovedinformanter, men undersøkelsen er supplert med intervju av ca. 15 adopterte ungdommer og unge voksne.

² Undersøkelsen er en del av prosjektet ”Hva trenger adoptivbarna?” finansiert av Helse og Rehabilitering og publisert i heftet ”AFF-magasinet” utgitt av Adoptivforeldreforeningen 2004.

På norsk jord

Vi måtte selv ta kontakt med ulike sykehus for å prøve å finne ut hvem som hadde best kompetanse på adoptivbarn med hensyn til hva som trengtes av undersøkelser. Hadde det vært en skikkelig undersøkelse av *hele* jenta da hun kom kunne vi ha spart henne for mye. (Mor)

Vi vet at forholdene for barn som blir adoptert varierer fra land til land, og er i noen grad knyttet til selve adopsjonsprosessen. Barn som blir født i land der det ikke er noe sikkerhetsnett rundt mor og barn verken under svangerskapet, ved fødsel eller når barnet er nyfødt, er svært risikoutsatt. Hvis moren i tillegg har livsbetingelser som ikke gjør henne i stand til å ta vare på seg selv og barnet, kan barnet ha vært utsatt for grov omsorgssvikt og store traumer før det blir tatt vare på av autoriserte myndighetspersoner og frigitt for adopsjon. Annerledes er det med barn til mødre som i utgangspunktet har både fysiske og psykiske ressurser til å ta seg av barnet, men der religiøse, moralske eller politiske forhold i hjemlandet tvinger moren til å gi opp barnet sitt. Disse barna blir ofte tidlig knyttet til barnehjem eller fosterhjem som en del av adopsjonsprosessen.

Det hadde vært nyttig med mer kunnskap om de strukturelle betingelsene i opprinnelseslandene. Ved å øke kunnskapen om innbygde risiko- og beskyttelsesfaktorer og hvilken betydning disse har for barnas tilpasning og utvikling, ville man bedre kunne forstå ulikheten mellom barn som kommer fra ulike land, og lettere kunne møte barnas behov ved ankomst.

I tillegg til ulike strukturelle betingelser i opprinnelseslandene vil situasjonen for hvert enkelt barn variere innen samme land. Opplysninger som beskriver barnet skal finnes i sosialrapporter og helsepapirer. Disse er imidlertid ofte mangelfulle, og gir i liten grad innblikk i sosio-kulturelle og psykologiske forhold rundt barnet.

Når det gjelder de 98 barna i undersøkelsen rapporterer foreldrene at over halvparten av dem (57 %) bærer med seg store traumer. Foreldrene mener å ha sikker informasjon om at de har vært utsatt for enten fysisk eller psykisk mishandling, seksuelle overgrep eller sult. Blant barna er det også noen som har vært helt uten omsorg i perioder, gatebarn, og barn som selv har vært utsatt for eller vært vitne til ekstrem vold. For alle barna gjelder at de er blitt forlatt. Det ligger i adopsjonens natur. Men flere av barna har ikke bare hatt ett relasjonsbrudd, men mange.

Barnets helsetilstand og generelle utvikling varierte. Blant barna i utvalget var det enkelte som hadde hepatitt, allergier eller ulike infeksjoner da de kom. Noen var underernærte, andre hadde kjennetegn som er forenlig med ADHD. En overhyppighet av ADHD bør ikke overraske, for i tillegg til arvelighet kan denne lidelsen ha sammenheng med ervervede dysfunksjoner som blant annet kan skyldes forhold under svangerskapet og fødselen eller særlig dårlig omsorg den første tiden (Zeiner & Bjercke 1998). Over halvparten (52%) av barna i undersøkelsen viste seg å ha sykdommer eller handikap som foreldrene ikke visste om på forhånd.

Sine opplevelser bærer barna med seg på ulik måte. Noen foreldre beskriver barna ved ankomst som innelukket, apatiske og redde for hud og kroppskontakt. De kan gråte mye og avviser trøst. Andre viser helt motsatte tegn: de er trygghetssøkende i ekstrem grad, redde for å miste foreldrene av syne og helt utrøstelige når foreldrene ikke er der. Det er også en gruppe barn som foreldrene beskriver som udiskriminerende over for fremmede. De kan sette seg på et hvilket som helst fang, men kontakten er overfladisk og skiftende. Andre kjennetegnes ved at de er svært følelsesmessig ustabile. Strålende det ene øyeblikket, rasende det neste, uten at det er en forståelig grunn til endringen.

Når vi vet at informasjon om svangerskap, fødsel og tiden i hjemlandet er mangelfull burde man forvente at adoptivbarna få en *særlig* oppmerksomhet og oppfølging når de kommer til Norge. Men det er i dag ingen spesiell oppfølging av adoptivbarn fra sentrale myndigheters side. Det er heller ikke utarbeidet rutiner for hvordan familien skal bli kontaktet og fulgt opp når den kommer til Norge.

Dagens ordning innebærer at det er det lokale helse- og hjelpetilbudet som har ansvaret. Deres kompetanse er knyttet til ordninger som skal trygge og sikre norskfødte barn og deres foreldre: svangerskapskontroll, barselgruppe, helsesjekk på sykehuset og aldersmessig oppfølging fra helsestasjonen. Adoptivfamilienes utviklingsløp skiller seg fra andre familiers, likevel opplever mange adoptivforeldre å bli henvist til et hjelpeapparat som har alle sine ressurser, ordninger og rutiner knyttet til et utviklingsløp de selv ikke er en del av.

Alle som føder i Norge blir kontaktet av helsestasjonen etter fødselen. Blant adoptivfamiliene i undersøkelsen var det bare seks av ti som opplevde at helsestasjonen tok kontakt. Noen ganske få helsestasjoner har utarbeidet rutiner og ordninger tilpasset adoptivbarna, men de fleste møtte en helsestasjon uten noen form for metode- eller fagkunnskap knyttet til adopsjon.

I den grad helsestasjonene henviste videre var det til somatiske undersøkelser, men bare noen svært få steder er dette rutine. Så godt som ingen foreldre opplevde å få tilbud om psykologisk eller pedagogisk utredning av barnet ved hjemkomst. Heller ikke foreldreveiledning var et tilgjengelig tilbud. Dette til tross for at det blant barna var mange med nevrologiske dysfunksjoner, psykiske lidelser og språkvansker.

Gjennom undersøkelsen ønsket man svar på *hvilke ordninger som møter adoptivfamiliene når de kommer til Norge, og i hvor stor grad ordningene er hensiktsmessige og tilpasset familienes behov*. Denne undersøkelsen viser at det er stort avstand mellom barnas behov og det som møter dem.

Ut fra utvalget denne undersøkelsen bygger på kan det innvendes at disse familiene kan ha hatt særlige behov, og derfor opplever mangelen på oppfølging som ekstra belastende. Det er likevel viktig å understreke at *alle* adoptivfamilier trenger å møte et tilpasset og faglig oppdatert mottakerapparat, ikke minst for å få supplert helseopplysninger fra hjemlandet.

Behov for nye rutiner

Ut fra resultatene i denne undersøkelsen er det behov for helt endret praksis. På helsestasjonene bør det opprettes rutiner som sikrer et tverrfaglige *utrednings- og oppfølgingstilbud* for adoptivbarn. Et absolutt minstekrav må være at barnelege undersøker barnet, og at man har en særlig oppmerksomhet rettet mot muligheten for at det kan ha vært rus i svangerskapet og for at barnet kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep, vold eller andre traumer. I tillegg må barna utredes innenfor de områdene vi etter hvert har erfaring for at det knytter seg risiko til: psykologisk (tilknytning), nevrologisk (ADHD), ernæringsmessig, pedagogisk (språk) og motorisk.

Når man møter barn som har vært utsatt for så store belastninger som enkelte av adoptivbarna er det lett å bare se problemer. Det er imidlertid viktig at man også kartlegger ressurser slik at man kan bygge på barnets sterke sider i det videre arbeidet. En adoptert jente minnet om viktigheten av det i et intervju da hun sa:

Jeg har overlevd så mye at å være her er ingenting mot det man har opplevd før. Så vi har kanskje noe ekstra. Jeg vil gjerne tro det. I form av styrke og vilje til å ville det ene eller det andre. Vilje til ikke å gi opp.

Det er viktig at kunnskapen fra de ulike instansene samordnes og samles. En slik statusrapport ved ankomst vil i noen grad kunne kompensere for

manglende opplysninger fra hjemlandet og samtidig fungere som en referanseramme for senere utvikling.

Når det gjelder helsestasjonenes videre oppfølging har det til nå vært slik at barnet har fulgt helsestasjonens rutiner for kontroll. Fra sentrale adopsjonsinstanser er det kommet forslag om at oppfølgingen i stedet skal følge barnets behov. Det vil si at uansett alder på barnet ved ankomst bør det bli fulgt opp like tett som om det var nyfødt, og få tilbud om oppfølging i like mange år som andre barn.

Den strevsomme hverdagen

Allerede da han var ett år begynte vi å bli urolige. Selv om barnehage, venner og familie brukte flere år på å prøve å få oss på "bedre" tanker, så ble vi etter som årene gikk bare mer overbeviste. Kjærlighet, omsorg, trygghet og grensesetting var ikke nok. Han trengte noe mer og vi følte oss hjelpeløse for vi visste ikke hva mer vi kunne gi han. (Mor)

Når barn viser så tydelige tegn på mistilpassing som barna som omfattes av undersøkelsen ser hovedregelen ut til å være at de vokser seg inn i problemene, ikke ut av dem. Foreldrene rapporterer om økende problemer ved økende alder. Noen foreldre forstod helt fra starten at den atferden barna viste bunnet i så alvorlig problematikk at barnet ville trenge ekstra hjelp, men det var ikke alltid andre så det samme som dem.

Av de atferdsproblemene foreldrene rapporterer om var vold det vanligste. Det ser ut som om mange av ungdommene bar på et bunnløst og uplassert sinne, og at dette sinnet ble omsatt i aggresjon og vold. Denne type aggresjon var like vanlig for jentene som for guttene.

Et annet hovedproblemområde var en form for flukt. Noen lukket seg helt inne, men de vanligste fluktstrategiene var å rømme hjemmefra eller flykte ved hjelp av rus. Mange foreldre så med fortvilelse at ungdommen søkte mot miljøer hvor de var utsatt og ubeskyttet. Og at de i disse miljøene kunne oppleve den nedverdigheten det var meningen adopsjonen skulle skåne dem fra.

En tredje måte problemene viste seg på var knyttet til selvdestruktive handlinger som spisevegring, selvbeskadigelse og selvmordsforsøk. En jente beskriver livet sitt på følgende måte:

Om høsten får jeg den angsten i meg, ja at jeg skal bli dårlig, og oppleve de vonde tingene, de mørke sidene ved livet mitt. Det ligger jo der og beveger seg hele tiden. Jeg er livredd for å få selvmordsforsøk i tankene mine igjen.

I lange perioder opplevde foreldrene at de var alene om å se utviklingen. Problemene var synlige hjemme, men vanskeligere å oppdage for omgivelsene. Noe av grunnen til denne *mismatchen* kan være at mange av barna fungerte i uforpliktende relasjoner, situasjoner der de kunne melde seg på og trekke seg ut som de selv ville. Det var de nære, forpliktende og varige relasjonene som så ut til å være utfordringen for dem. For noen kunne det gi seg utslag i sterk aggresjon rettet mot nære omsorgspersoner. En mor beskriver dette med stor resignasjon:

Når man adopterer er det ikke mulig å forestille at man i ungdomsårene kan oppleve å være representant for de onde voksne som en gang skadet barnet...

Familier som opplevde at ett eller flere barn hadde det så vanskelig som beskrevet over, endret seg ofte i løpet av kort tid fra å være utadrettete og deltagende til å isolere seg. Situasjonen opplevdes ofte så uforutsigbar at det hindret all type planlegging. Problemene spiste seg inn på de områdene som familier tradisjonelt henter overskudd og gode opplevelser fra: turer, ferier, familiesammenkomster og reiser.

Hver fjerde familie oppgir at problemene var en direkte årsak til at en av foreldrene i en periode valgte å slutte i jobben, og hver tredje oppgir at en eller begge foreldrene av samme grunn hadde vært sykmeldt. Når problemene slår inn i familien på denne måten er det heller ikke overraskende at over halvparten oppgir at det gikk ut over forholdet mellom ektefellene.

Møte med hjelpeapparatet

Ingen foreldre er på forhånd forberedt på at barna deres skal få det så vanskelig, selv om drøyt halvparten sier de var forberedt på problemer. Men bare noen ganske få (6 %) sier de var forberedt på problemomfanget og intensiteten.

Familiens møte med hjelpeapparatet viste seg i mange tilfeller å være en utfordring for begge parter. For foreldrene kan det oppleves som et nederlag å erkjenne at de må søke hjelp. Hvis aggresjon og avvising er fremtredende problemområder er dette vanskelig både å vedkjenne seg og

håndtere. På sin side har hjelpeapparatet en forestilling om at foreldrene er så ressurssterke at de bør klare alt selv. Når disse holdningene spiller seg ut mot hverandre skapes et rom hvor problemene kan utvikle seg i stedet for å bli grepet tak i.

Felles for alle familiene i undersøkelsen var at de hadde søkt og fått hjelp. Det er dette møtet som er undersøkelsens andre hovedproblemstilling. Vi har informasjon fra alle hjelpeinstanser som familien har vært i kontakt med. I tillegg til spørsmål som omhandler *når* og av *hvilken grunn* det ble tatt kontakt, er det spørsmål knyttet til hvem i familien som mottok hjelpen, og hvilken type hjelp som ble tilbudt. De viktigste temaene var likevel knyttet til hvordan foreldrene opplevde de ulike instansenes *kunnskap* om adopsjon, hvordan foreldre og barn ble *forstått og ivaretatt* som familie og i hvilken grad foreldrene opplevde at hjelpen var med på å *endre* den situasjonen de hadde søkt hjelp for.

Det er naturlig nok pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og barnevernet foreldrene i størst utstrekning henvender seg til. Over halvparten av familiene har hatt kontakt med PPT og like mange med BUP, mens en noe mindre andel (43 %) har hatt kontakt med barnevernet. Familierådgivingskontor, spesialisthelse-tjeneste, privatpraktiserende terapeuter og alternativ behandling er også hyppig brukt. I snitt hadde familiene vært i kontakt med tre ulike hjelpeinstanser. Siden PPT, BUP og barnvern var de mest benyttede instansene, er det disse tre vi skal kommentere i fortsettelsen.

Tidspunkt for hjelp

Noen familier søker hjelp tidlig, mens andre er i dyp krise når de møter hjelpeapparatet. Da kan barnas problemer ha manifestert seg på en måte som gjør at hjelpeapparatet møter svært utrygge og fortvilede barn eller unge. Foreldrene på sin side kan være både nedslitte og dypt bekymrete.

Pedagogisk psykologisk tjeneste er for mange førsteinstansen. Nesten halvparten av familiene hadde vært i kontakt med PPT før barnet var begynt på skolen. Tjenesten er knyttet opp mot barnehage og skole, og er derfor lett tilgjengelig.

Kontakten med Barne- og ungdomspsykiatrien fordeler seg over et lengre aldersspenn. Hver fjerde familie som søkte BUP hadde kontakt før barnet begynte på skolen, mens halvparten av henvendelsene var etter barnet var fylt 10 år.

For barnevernets vedkommende ser vi et annet mønster. Det var ingen som hadde kontakt før skolestart, og over halvparten av henvendelsene

kom i alderen fra 13 til 15 år. Dette mønstret kjenner vi igjen fra Statistisk sentralbyrås undersøkelse om adopterte i barnevernet.

Hvordan opplevde foreldrene hjelpeapparatets kunnskap

Som tidligere referert er adoptivforeldre en selektert gruppe, og er overrepresentert når det gjelder human-sosiale yrker. Det innebærer at mange har kunnskaper knyttet til fagområdene psykologi, medisin og pedagogikk. I tillegg må vi anta at mange har søkt spesifikk kunnskap om adopsjon over lang tid. Denne foreldregruppen har derfor høyere krav og forventninger til hjelpeapparatet enn mange andre, forventninger som i liten grad ble innfridd. Innenfor alle de tre hjelpeinstansene opplevde foreldrene at kunnskapen om adopsjon i utgangspunktet var mangelfull. Det ble opplevd som positivt at det i om lag hver tredje sak (uavhengig av hjelpeinstans) var saksbehandlere eller terapeuter som aktivt gikk inn for å skaffe seg ny kunnskap. Men det er også eksempler på det motsatte. Særlig innenfor BUP fantes det hjelpepersoner som, uten å kjenne fagfeltet, avviste den kunnskapen som ligger i adopsjonsforskningen.

I tillegg til den sakskunnskapen mange foreldre har ervervet sitter de også med mye erfaringsbasert kunnskap. I hvilken grad hjelpeapparatet etterspør denne kunnskapen fremgår ikke direkte av undersøkelsen, men dette intervjuutdraget fra en mor viser at det ikke alltid skjer:

Jeg har lært at hvis kartet ikke stemmer med terrenget, er det terrenget som er riktig. I vårt møte med hjelpeapparatet har vi møtt både de som tror blindt på kartet og de som skjønner at det er terrenget som teller. De som må forklare enhver situasjon ut fra sine modeller, har ikke vært til mye hjelp. De som våger å legge fra seg kartet og gi seg ut i terrenget sammen med oss, med fare for å virke mindre ”profesjonelle”, mindre skråsikre, er de som definitivt har hjulpet oss mest.

Hvordan foreldre og barn ble forstått og ivaretatt som familie

Alle barn som er adoptert har opplevd dramatiske brudd i livet sitt, og de bærer med seg en erfaring av å ha blitt forlatt. Dette er en erfaring de tar med seg til sin nye familie. Redselen for å bli forlatt på nytt kan forfølge dem i lang tid, og det er ikke selvsagt at barnet har tillit til at deres nye foreldre ikke vil svikte dem. For de av barna som bærer store og gjentakende svik, opplever foreldrene at barnet vegrer seg for å knytte seg til dem som omsorgspersoner.

Relasjonsbygging er selve grunnpilaren i en ny familiedannelse, samtidig som sårbarheten er stor på dette området. Det er helt avgjørende at de som skal hjelpe familien ikke utsetter relasjonen for ytterligere belastning, men har styrking av familiebandene som overordnet mål. I hvilken grad foreldrene opplevde dette i møte med hjelpeapparatet er derfor et viktig kriterium for vurdering av hjelpen.

I møte med pedagogisk psykologisk tjeneste var fokus ofte rettet mot konkrete utredningsoppgaver. Likevel er det en av fem foreldre som mener hjelpen fra PPT har vært med å styrke og videreutvikle bandene i familien, mens en av fire har opplevd det motsatte. Dette viser at selv i møte med hjelpeinstanser som ikke har relasjonsbygging som primærområde vil det i disse sakene oppleves betydningsfullt hvordan dette håndteres.

Når foreldrene henvendte seg til barne- og ungdomspsykiatrien var det med en forventning om at terapeutene forstod betydningen av å ha et særlig fokus på relasjonsbygging. Det stemte bare delvis. Hver tredje familie opplevde at behandlingen tok sikte på å styrke bandene i familien, mens nesten halvparten (45 %) opplevde det motsatte. De kunne blant annet oppleve at de ble tilsidesatt som foreldre, mens psykologen i terapitimene inntok en foreldrelignende rolle og lot barnet knytte seg til han eller henne.

Møtet med barnevernet ser ut til å være et "enten eller" møte. Foreldrene deler seg omtrent på midten i sitt syn på om barnevernets hjelp er med på å styrke og videreutvikle bandene i familien eller ikke. De som er fornøye med barnevernet er svært fornøye, den andre halvparten er tilsvarende skeptiske.

Store ressurser – lite hjelp

Barnets kontakt med PPT var begrunnet i forsinket språkutvikling, konsentrasjonsvansker, lærevansker eller testing i forbindelse med skolestart.

Selv om problemene var konkrete og midt i kjerneområdet for PPT's kompetanse, opplevde bare fire av ti foreldre at barnet fikk hjelp som endret situasjonen. Dette er helt i tråd med andre undersøkelser som har sett på effekten av spesialundervisning. Misnøyen fra foreldrene bunnet i at barnet ble testet uten at det førte til konkret oppfølging. Det ble i tillegg fokusert alt for ensidig på det barnet *ikke* mestret i stedet for å øke barnets selvtillit ved å lete etter talenter og ressurser. Heller ikke de sosiale ferdighetene ble i særlig grad kartlagt.

Grunnene til at foreldrene oppsøkte BUP var fordi barnet viste tegn til uro, uforutsigbarhet, seksualisert atferd, depresjon eller angst. Avvisningsproblematikk ble også av mange oppgitt som grunn for henvendelsen.

Mange foreldre opplevde at BUP *beskrev* barnets symptomer på en måte de gjenkjente, og var lettet over at problemene ble sett av flere enn dem selv. Men bare hvert fjerde foreldrepar opplevde at hjelpetiltakene som ble iverksatt hadde positiv effekt i forhold til de problemene familien stod oppe i.

Foreldrenes grunn for å oppsøke barnevernet om hjelp er noe annerledes enn når det gjelder PPT og BUP. For mens det ser ut som formålet med å kontakte PPT og BUP er å *endre* en vanskelig situasjon, er forventningene til barnevernet å få konkret hjelp til å leve *med og i* en vanskelig situasjon. Kontakten med barnevernet var ofte knyttet til ønsket om konkret hjelp, for eksempel til avlastning, støttekontakt eller institusjonsplass; begrunnet med at familien var i krise, ungdommen var i ferd med å skli helt ut eller at foreldrene var utslitte. Over halvparten av foreldrene rapporterer at hjelpen fra barnevernet hadde positiv effekt på de problemene familien stod oppe i.

I forhold til det samlede volumet ser hjelpen ut til å ha hatt lite effekt. Undersøkelsen gir ikke noe entydig svar på hvorfor, men vi skal avslutningsvis reflektere over noen mulige årsaker:

Mistro

Adoptivfamilien er en ”ukjent” familie for de fleste hjelpeinstanser. Foreldrene har vært gjennom en godkjenningsprosess som ikke bare skal sikre at de har vanlig gode omsorgsevner, men de skal ha ”kapasitet til å ta hånd om et barn som kan være skadet når det kommer til Norge” (Barne- og familiedepartementet 1998). I hvilken grad utvelgelsesprosessen kan sikre at dette kravet blir oppfylt er mer tvilsomt, men det er ikke tema her. Mange foreldre har opplevd at et sted på veien – uten at de kan si akkurat hvor – endres hjelpeapparatets holdning. Fra å bli sett på som barnets *redning* opplever de å bli definert til å være barnets *problem*. Og selv om foreldrene unngår å bli betraktet som *årsaken* til problemene, blir de ikke i tilstrekkelig grad betraktet som en del av løsningen.

Når familiene møter hjelpeapparatet har ofte problemene vært en del av familiens liv i lang tid. Hvis problemene ikke er synlige for omgivelsene får foreldrene et troverdighetsproblem når de forteller om barnets atferd, og kan oppleve å bli beskyldt for enten å konstruere problemer, være alt for kritiske eller alt for ambisiøse.

I de tilfellene hvor barnets problemer *er* synlig for omverdenen er barnas symptombilde ofte sammenfallende med barn som opplevde mangelfull omsorg og tilfeldig eller ingen oppfølging fra foreldrenes side. Det er

derfor kanskje ikke rart at hjelpeapparatet har problemer med å tolke det de ser, og at foreldrene derfor kan oppleve seg mistrodd og mistolket.

I undersøkelsen opplever nesten to av ti seg mistrodd i møte med PPT, tre av ti i møte med BUP, og fire av ti i møte med barnevernet. Vi har tidligere referert at halvparten av foreldrene som var i kontakt med barnevernet var fornøyde med hjelpen de fikk. Den andre halvparten føler seg derimot sterkt mistrodd. De beskriver egenrådige saksbehandlere som ikke var villige til å lytte til foreldrenes erfaringer. Dette til tross for at det var foreldrene selv som hadde tatt kontakt for å få hjelp. Foreldrene opplevde å møte det de beskriver som ”en 70-talls versjon” av et barnevern, der alt legges på foreldrene.

Når det bygges opp et klima der foreldrene føler seg mistrodd av hjelpeinstansene de søker hjelp hos, har det mange negative konsekvenser, også for forholdet mellom foreldre og barn. I adoptivfamilier hvor det er så viktig å verne om relasjonene kan dette være ekstra uheldig, og kanskje en av årsakene til at hjelpen har mindre effekt enn forventet.

Fortid og nåtid

Når foreldrene kontakter hjelpeapparatet er det ofte på grunn av konkrete hendelser eller langvarig bekymring. De ser hvordan fortiden preger nåtiden og er på leting etter metoder for endring og utvikling. Ofte møter de et hjelpeapparat som *enten* blir sittende fast i barnets fortid eller bare ser *symptomene* som spiller seg ut i nåtiden. Uten å se dynamikken mellom de to nivåene er det vanskelig å forstå problemenes kompleksitet og finne et ankerfeste for hjelpen. For å finne forklaringen på hvorfor disse ungdommene sliter, hjelper det ikke bare å se på hva de engang opplevde i hjemlandet. Vi må prøve å forestille oss hvordan opplevelsene har preget dem gjennom oppveksten.

Sammensatte årsaker

I tillegg til pedagogisk-psykologisk tjenesten, psykiatrien og barnevernet har familiene vært i kontakt med familievernkontorer, ernæringsfysiologer, ulike privatpraktiserende terapeuter og behandlere samt en rekke medisinske spesialister. Grunnen til dette store spekter av hjelpeinstanser er at barnas problemer ofte er sammensatte og fasetterte. Mange fagpersoner har bidratt med adekvat kunnskap på sine områder, men familiene mangler noen som griper og begriper helheten.

Selv de som jobber med samme barne- og ungdomsgruppe kan mangle basal kunnskap om andre profesjoners tilnærming, forklaringsmodeller

og behandlingsmetoder. Det finnes ingen enkeltetat, institusjon eller miljø som sitter med en samlet kunnskapsforståelse. Mange opplevde derfor at det var hjelpeapparatets kompetanse som ble bestemmende for hvordan barnet blir problemdefinert. Kom barnet til undersøkelse hos nevrolog kunne man oppleve at alle problemer ble definert med utspring i fysiologiske skader, mens hvis det var BUP som var førsteinstans, kunne traume-forståelse og tidlige følelsesmessige skader legges til grunn. Når foreldrene søkte hjelp hos barnevernet var det mange som opplever at all oppmerksomhet ble rettet mot foreldrenes omsorgsevne, i hvert fall hvis barnet slet med tilknytningsproblematikk. Faren i en familie som var i kontakt med flere hjelpeinstanser på samme tid uttalte:

Vi er gode foreldre for ett av våre barn. Vi er udugelige foreldre for det andre barnet. Vi blir trodd og mistrodd samtidig. Vi er for "strenge" for BUP, for "snille" for barnevernet og PP-tjenesten mener vi ikke tar vare på ungen vår i det hele tatt. Vi prøver bare å få hjelp, og er de samme personene hele tiden.

Kunnskap må samles

Vi stilte spørsmålet: *I hvilken grad har ulike hjelpeinstanser kunnskap om adopsjon, og hvordan blir adoptivfamilien forstått og ivaretatt i de tilfellene der barnet trenger utredning, oppfølging eller behandling?* Som vi har sett er adopsjonsfeltet utfordrende både som forskningsfelt og som praksisfelt. For det første vet vi lite om barnas genetiske opphav, forhold under svangerskap, fødsel og tiden før adopsjon. Derneft har det vist seg at problemene til denne gruppen er sammensatte, og at de kan trenge hjelp fra flere instanser. Dette utfordrer samarbeids- og oppfølgingsrutiner. Det tredje området er forhold knyttet til familiedannelsen. Betydningen av hele tiden å ha relasjonsbygging som metode i arbeidet er ikke tilstrekkelig forstått og viser seg ofte å glippe.

På alle disse områdene blir stadig ny kunnskap tilgjengelig, men det er krevende å få etablert denne kunnskapen i det ordinære hjelpeapparatet. Det har lenge vært et ønske i adopsjonskretser å få etablert et *kompetansesenter for adopsjon*. Denne undersøkelsen bekrefter behovet for at kunnskap blir samlet, videreutviklet og formidlet. Et kompetansesenter for adopsjon vil kunne bistå det ordinære hjelpeapparatet gjennom rådgiving. På den måten kan tilgjengelig kunnskap bli overført til de instansene som står familien nærmest.

Avsluttende kommentar

Noen adoptivbarn har hatt en overvekt av gode opplevelser i hjemlandet, men ble adoptert fordi det ikke fantes en fremtid for dem der. Andre har hatt det ekstremt vanskelig før adopsjonen. Deres fortid, med alt den innebærer, kan vi ikke gjøre ugjort. Men vi kan bidra til at de kan leve med den. Foreldrene vil alltid være de viktigste i denne prosessen. Men det hvi-ler også et ansvar på Norge som mottakerland. Det er viktig at den nye sjansen barna har fått gjennom adopsjonen ikke bare inkluderer ny omsorg, men også oppfølging av alle ved ankomst, og kompetent hjelp over tid til dem som trenger det.

Undersøkelsen avdekker to hovedområder for økt innsats overfor adoptivbarn. For det første må rutiner ved ankomst utvikles og systematiseres. Det er en selvfølge at barn født her i landet blir omsluttet av en rekke ordninger som skal trygge, sikre og følge opp foreldre og barn.

Det er paradoksalt at det ikke finnes et like finmasket sikkerhetsnett tilpasset adoptivfamiliens behov. Det bør derfor utvikles et tverrfaglig *utrednings- og oppfølgingstilbud* med utspring i helsestasjonen. Et slikt tilbud vil medføre at man vil få en status ved ankomst som kan supplere papirene fra hjemlandet. I tillegg vil det muliggjøre tidlig-intervenering, være problem- og sykdomsreduserende og kunne virke forebyggende på flere områder.

En rekke undersøkelser har vist at det er en gruppe adopterte med store vansker. Undersøkelsen "Hva trenger adoptivbarna?" viser at hjelpeapparatet bare i begrenset grad klarer å møte denne gruppen på en adekvat måte. Det finnes etter hvert mye kunnskap om adopterte, men vi mangler kompetanse for å nyttegjøre oss kunnskapen. Som et ledd i denne kompetansebyggingen bør det etableres et senter som har til oppgave å samle og videreutvikle kunnskap, og være rådgivende instans for de ulike hjelpeinstanser.

Litteratur

- Adams, M. 2002. *Our Son, A Stranger: adoption breakdown and its effects on parents*. Montreal, QC and Kingston, ON: McGill-Queen's University Press.
- Barne- og familiedepartementet. 1998. *Rundskriv om utenlandsadopsjon med retningslinjer for undersøkelse og godkjenning av adoptivhjem*.
- Botvar, P.K. 1999. *Meget er forskjellig, men det er utenpå?* Oslo: Diakonhjemmet høgskolesenter.
- Brottveit, Å. 1999. *"Jeg vil ikke skille meg ut!"* Oslo: Diakonhjemmet høgskolesenter.
- Cederblad, M. 1984. *Utenlandska adoptivbarn som kommit till Sverige efter tre års ålder: Anpassningsprocessen under det förste året i familjen*. Stockholm: Statens Namnd for internationalla Adoptivfrågor.
- Dalen, M. & Rygvold, A.L. 1999. *Hvordan går det på skolen? En analyse av utenlandsadopterte elevers skolekompetanse*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Dalen, M. & Sætersdal, B. 1992. *Utenlandsadopterte barn i Norge. Tilpasning – opplæring – identitetsutvikling*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Dalen, M. & Sætersdal, B. 1999. *Kunnskapsstatus om utenlandsadopsjon*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Follerås, G. 2002. *Adoptert identitet* Oslo: Spartacus.
- Hjern, A.; Lindblad, F & Vinnerljung, B. 2002. Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in inter-country adoptees in Sweden. *The Lancet* 360:443-448.
- Howell, S. 2000. The backpackers that come to stay: Some challenges to Norwegian transnational adoptive families. Paper på 6th Bi-annual Conference of the European Association of Social Anthropologists, Krakow.
- Juffer, F. & van Ijzendoorn, M.H. 2005. *Behavior problems and Mental Health Referrals of International Adoptees* JAMA: Vol. 293.
- Kalve, T. 1998. Utenlandsadopterte barn sjelden i barnevernet. *Samfunnsspeilet* 6. Oslo: SSB.
- Kirk, D. 1964. *Shared Fate: A Theory of Adoption and Mental Health*. New York: Free Press.
- NOU 1976:55 Adopsjon og adopsjonsformidling.
- Raynor, L. 1970. *Adoption of Non-white Children: The Experience of a British Adoption Project*. London: George Allen & Unwin.
- SOU 2003:49 *Adoption – but at what price?*
- Statistisk sentralbyrå. 2005. *Befolkningsstatistikk. Adopsjoner, 2004*.
- Zeiner, P. & Bjercke, C. 1998. *Hyperaktive barn – "mestring i farta"*. Når diagnostikk skaper forståelse. Oslo: Aschehoug.
- Øhren, A. 1995. *Consuelo. En adopsjonshistorie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Marit Egge
Politihøgskolen
Forskningsavdelingen
Postboks 5027, Majorstua
NO-0301 OSLO, Norge
e-post: Marit.Egge@phs.no