



LANDSGRUPPEN AV
HELSESØSTRE NSF

Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet
Postboks 8036 Dep
0030 Oslo
Att.: Tone G. Smith

Vår saksbehandler: age
Vår ref: høringer

BARNE-, LIKESTILLINGS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET
Arkivkode: 420
Dato: 21.05.10
Saksnr: 2010/01317-042

Vår dato: 18.05.10
Deres ref.: 201001317-I-AAN

HØRINGSSVAR NOU 2009:21 Adopsjon – til barnets beste

Landsgruppen av helsesøstre NSF takker for tilsendt høring. Vi har hatt høringen til behandling blant medlemmer, lokale faggrupper og sentralt styre. Vi viser for øvrig til høringssvar fra Norsk Sykepleierforbund.

Landsgruppen av helsesøstre NSF har - som det nevnes i høringen - med bakgrunn i et pilotarbeid i Kristiansund kommune, utarbeidet to faghefter vedr. adoptivfamilien; et foreldrehefte og en veiviser for personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi har derfor over lang tid hatt spesiell interesse for dette feltet, spesielt med tanke på å sikre adoptivbarn en likeverdig helseoppfølging som det egenfødte barn tilbys. Begge heftene vedlegges høringssvaret til orientering.

Dette er en omfattende høring, hvor våre kommentarer i hovedsak dreier seg om overordnede problemstillinger samt noen sentrale kapitler og underkapitler.

Innledningsvis vil vi gi utvalget honnør for en grundig belysning av til dels svært kompliserte spørsmålsstillinger, og for at barneperspektivet og barnets beste så tydelig og gjennomgående formidles i hele høringsforslaget.

Selv om vi har forståelse for utvalgets tidspress, mener vi det er en svakhet ved forslaget at åpen adopsjon, samboeres og andre partnerskapsformers adopsjonsadgang ikke omtales.

Kommentarer til de enkelte kapitler:

Del II Vilkår for adopsjon

Kap. 5 Generelle vilkår for adopsjon

5.3 Barnets mening

Her bør det for å unngå misforståelser understrekes at det som omtales i underliggende kapitler omhandler barn bosatt i Norge som vurderes for adopsjon.

5.3.2.2 Utvalgets vurderinger og forslag

Vi støtter utvalgets forslag om at krav til samtykke er nødvendig ved adopsjon av barn over 12 år, og at forhold rundt informasjon til barnet, kravet til samtykke og innhenting av dette må tydeliggjøres i regelverket, og fremgå av lov eller forskrift. Det er også vesentlig at det utarbeides god informasjon til kommunene vedrørende dette.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Føllbuget 22

Postboks 456 Sentrum

0104 Oslo

Telefon: 22 04 33 04

Telefaks: 22 04 32 40

E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no

Bankgiro: 1600 49 66698

Org.nr.: NO 960 893 506 MVA

Fakturaadresse:

Postboks 1535

7435 Trondheim

LaH NSF støtter også utvalgets forslag til unntak fra samtykkekravet i tilfeller der barnet av ulike grunner er ute av stand til å gi slikt samtykke.

5.3.3.2 Utvalgets vurderinger og forslag

Forholdene rundt barns samtykke er slik vi ser det, ikke uproblematiske. Vi er enige i at det i utgangspunktet *må mye til for å gi adopsjonsbevilling i saker der et barn uavhengig av alder, aktivt og klart har gitt uttrykk for et ønske om å ikke bli adoptert*. Samtidig ser vi klart at det i noen tilfeller vil kunne være så alvorlige forhold rundt barnet at disse tilsier at adopsjon på sikt vil kunne være den beste løsningen, til tross for at barnet motsetter seg det. Slike situasjoner stiller store krav til den informasjonen og oppfølgingen barnet får, slik at barnet ikke får "ansvar" for en vurdering og en avgjørelse det ikke har forutsetninger for å se de langsiktige konsekvensene av.

5.4.2 Utvalgets vurderinger og forslag

Vi støtter utvalgets forslag til at visse krav til samtykke bør fremgå direkte av adopsjonsloven, og mener at dette bør utdypes og konkretiseres i tilhørende forskrifter.

5.5.2 Utvalgets vurderinger og forslag

Som påpekt innledningsvis, mener vi det er en svakhet ved høringen at den ikke omtaler samboeres mulighet til adopsjon. Selv om de land Norge pr. i dag samarbeider med, ikke tillater at samboere adopterer, er dette en aktuell problemstilling som burde vært belyst i en utredning vedr. adopsjon.

Vi støtter utvalget i at det allerede i adopsjonsloven bør fremgå klare henvisninger til at det stilles strenge krav til adoptivseekere. I tillegg til de krav som konkret foreslås nevnt (alder, helse, vandel samt økonomisk og boligmessig situasjon), mener vi at adoptivseekers omsorgsevne er helt vesentlig og må fremgå av slik lovtekst, ikke kun omtales i forskriftstekst.

Kapittel 6 Internasjonal adopsjon via organisasjon

6.5 Særlig om adopsjon av barn med behov for spesiell støtte

I utgangspunktet mener vi at alle adoptivbarn har behov for spesiell støtte, for en kortere eller lengre periode. Det er ikke bare der hvor eldre adoptivbarn eller søsken adopteres, det stilles ekstra krav til oppfølging. Avhengig av tidligere oppvekstvilkår, omsorg og helseforhold vil et adoptivbarn ha behov for spesiell oppfølging og årvåkenhet – både fra foreldre og hjelpeapparat. For noen barn er dette behovet tilstede i relativt kort tid, men med kort tid her menes gjerne år, ikke måneder. Dette kunne med fordel vært utdypet i dette kapitlet.

6.6 Særlig om øvrige krav til søkerne

Rundskriv Q-0972 er etter vår mening særs mangelfullt og uklart når det gjelder krav til søkerne. Vi støtter adopsjonsutvalgets anbefalinger om at sentrale krav til søkerne nedfelles i lov og forskrift.

6.9. Utvalgets vurderinger og forslag

Den foreslåtte faseinndelingen støttes, men med noen merknader.

Vi vil spesielt påpeke betydningen av å nyttiggjøre seg adopsjonsorganisasjonenes kompetanse og erfaring allerede fra fase 1.

Vi stiller spørsmålsteget ved at individuelle forhold som egnethet, motivasjon med mer foreslås kartlagt og vurdert først i fase 3. Vi tenker at egnethet – inkludert omsorgsevne – bør kartlegges innledningsvis i adopsjonsprosessen, men gjerne utdypes i fase 3.

Når det gjelder krav til vandel, mener vi utvalgets forslag til krav er for svake. Kravene bør etter vår mening være som følger:

Det **skal** (ikke bør som i forslaget) ikke gis samtykke i fase 1 til søker som er straffet for sedelighetsforbrytelser og alvorlige voldsforbrytelser selv om forholdene ligger langt tilbake i tid og selv om dette dreier seg om et engangstilfelle.

Videre: Strengt krav **skal** (ikke bør) videre gjelde der søker er dømt for alvorlige forbrytelser mot liv og helse, inkludert ran. Selv om forbrytelsen har karakter av et engangstilfelle, **skal** (ikke bør) søker som er dømt for drap, voldtekt og alvorlig legemsbeskadigelse ikke gis samtykke i fase 1. Begrepet *bør* i slike sammenhenger vil etter vår mening ikke i tilstrekkelig grad ivareta hensynet til barnets beste, og vil overlate vurderingen til tilfeldige saksbehandlere med den risiko det innebærer for alvorlige feilvurderinger.

Det samme skal - kravet bør gjelde der søker gjentatte ganger er dømt for straffbare forhold, er straffet for narkotikaforbrytelser eller andre forhold knyttet til alkohol, andre former for rus, utagerende oppførsel i påvirket tilstand også videre.

Utvalget uttaler på side 79 at de ikke har hatt tid og kapasitet til å utrede samboeres mulighet til adopsjon. Adopsjonsutvalgets forslag på side 99 kan derfor virke misvisende, der det står:

"Søkerne må ha vært sammenhengende gift eller registrert som samboere i minst 2 år forut for søknadstidspunktet. Ekteskap skal dokumenteres med vigselfattest og samboerskap skal dokumenteres gjennom opplysninger fra folkeregistermyndigheten".

Slik dette leses, sier man her konkret at samboere har mulighet til adopsjon, forutsatt at samboerskapet kan dokumenteres å ha vart mer enn 2 år.

Vi støtter for øvrig utvalgets forslag til krav til søkers alder, helse, bolig og økonomi og krav til dokumentasjon for enslig søker. Vi gjentar at det etter vår mening også må stilles tydelige krav til søkers omsorgsevne og egnethet utover de nevnte punktene som i hovedsak omhandler "ytre" forhold.

Kapittel 9 Stebarnadopsjon

Vi mener at det kan være grunn til å nyansere utvalgets forslag om at "...dersom det er kontakt mellom stebarnet og biologisk forelder, bør det ikke gis bevilling til adopsjon. Dette gjelder uansett om saken gjelder mindreårig eller voksent stebarn". En "kontakt" kan være svært variabel og i noen tilfeller mest av teoretisk karakter. Hvis barnet gjennom hele oppveksten har hatt en perifer biologisk mor eller far (men med "kontakt" i form av sporadiske telefoner og lignende), men en steforelder som har ivaretatt daglig omsorg og den reelle foreldrefunksjonen, mener vi det bør kunne åpnes for adopsjon – så fremt alle parter er enige i dette.

9.4.6 Stebarnadopsjon av barn født av surrogatmor

Vi støtter utvalgets forslag om at det må være et absolutt krav for adopsjon at surrogatmors identitet er kjent. Dette ivaretar barnets rett til å få kunnskap om sitt biologiske opphav, og andre rettslige forhold der surrogatmødre er benyttet.

Del III Adopsjonsformidling og internasjonalt arbeid

Kapittel 12 Adopsjonsformidling via organisasjon

Vi støtter utvalgets forslag om at lov, forskrifter og retningslinjer må klargjøre forskjellen mellom de foreslåtte tre trinn som leder frem mot autorisasjon av organisasjoner. Videre støtter vi forslaget om tilsyn og økt adopsjonsstøtte tilsvarende 1G til adoptivsøkere via autorisert organisasjon. Man bør også se på når adopsjonssøkere skal få utbetalt denne støtten, evt. tydeliggjøre muligheten for permisjon med lønn i forbindelse med hentereise. I dag praktiseres dette ulikt, både innenfor stat, kommune og private bedrifter, sågar også ulikt innenfor ulike enheter innen samme kommune.

12.8.3 Nærmere om ansvaret

Oppfølgingsrapporter

I praksis erfarer vi i dag at helsesøster ofte blir forespurt om å bistå med oppfølgingsrapporter. Det er ulik praksis på hvordan dette imøtekommes når adoptivforeldre tar kontakt og ber om hjelp til dette. I vårt hefte Adoptivfamilien – Veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, anbefaler vi at helsesøster som har hatt kontakt med familien og oppfølgingen av barnet, er den som skriver denne rapporten, i samarbeid med foreldrene. Helsestasjonslege – eventuelt barnets fastlege eller barnelege kan trekkes inn. Vi gir også et eksempel på hvordan en slik rapport kan utformes, da det ofte ikke er noen fast mal på dette fra opprinnelseslandet.

Vi finner forslaget om at bufetat skal bistå med oppfølgingsrapporter noe underlig, da bufetat har lite kjennskap til det enkelte barn og familie og deres daglige fungering. Vår erfaring er at foreldre trenger bistand i dette fra en tjeneste/etat som de har nær kontakt med, og hvor terskelen for å ta kontakt er lav. Videre har helsestasjonen et normalitetsperspektiv som er viktig også i denne type saker, kombinert med spesiell kunnskap om adoptivbarns særskilte behov. Det bør gjerne utvikles klare retningslinjer for utfylling av denne type oppfølgingsrapport, og sørges for at helsesøstre og andre får nødvendig oppdatering av sin kompetanse på dette feltet.

Del IV Adopsjon av barn med behov for spesiell støtte

Kapittel 15 Barn med behov for spesiell støtte

Vi har tidligere påpekt at vi opplever at alle adoptivbarn har behov for spesiell støtte – i kortere eller lengre perioder. Dette er en erfaring vi gjør oss – til tross for et ønske om å unngå overproblematisering av adoptivbarns behov og et ønske om å ivareta både normalitets- og ressursperspektivet i størst mulig grad. Adopterte barn er i utgangspunktet ekstra sårbare, tatt i betraktning oppvekstvilkår og tilknytningsbrudd. Så vet vi at langt de fleste adoptivbarn går det svært bra med på sikt. Vi tenker at den nødvendige respekten for, kompetansen om og årvåkenheten for deres spesielle behov, er viktige bidrag til en slik god utvikling.

Dette er et perspektiv som vi mener det er spesielt viktig å formidle til adoptivsøkere tidlig i adopsjonsprosessen og på adopsjonsforberedende kurs.

Det burde kanskje også tilsi at man benyttet et noe mer nyansert begrep når det gjelder de barna som har behov for støtte utover den "spesielle støtten for alle".

Del V Myndighet og saksbehandling

Kapittel 16 Nærmere om gjeldende saksbehandling

16.3.3 Utredning i kommunen

Det følger av adopsjonsloven § 16 andre ledd at det er "kommunen" som "skal utrede søkerne og gi tilrådning". Det har over år etablert seg en sedvane/praksis der det er barneverntjenesten som ivaretar denne kommunale plikten. Vi stiller spørsmålsteget ved en del forhold knyttet til denne praksisen. Blant annet mener vi at om barneverntjenesten fortsatt skal inneha dette ansvaret (så fremt ikke utvalgets forslag om utredningsansvar tas til følge), må det legges forskriftsmessige føringer på at barneverntjenesten er pliktig å gjøre dette i et nært samarbeid med andre aktuelle kommunale tjenester, som eksempelvis helsestasjons- og skolehelsetjeneste, NAV, fastlege og evt. andre. Vi forutsetter selvfølgelig at dette skjer i dialog med og etter samtykke fra adopsjonssøker.

Bakgrunnen for dette er behovet for å bringe inn flere perspektiv i vurderingen av adopsjonssøkere enn tilfellet er i dag, og derigjennom sikre en grundigere og bredere faglig vurdering.

Kapittel 18 utvalgets forslag – myndighet og saksbehandling

18.2.2 Regionsrådene

Vi støtter forslaget om at Bufetat region tillegges ansvar for å utrede alle adopsjonssaker, og at det oppnevnes regionsråd og adopsjonsråd. På denne måten kan kompetanse og økt

rettssikkerhet ivaretas bedre enn tilfelle er i dag, og man kan i større grad unngå påvirkningsfaktorer som lett oppstår særlig i små kommuner og mindre bydeler.

Vi stiller spørsmålsteget ved sammensetningen av regionsrådet, og finner den noe mangelfull all den tid rådet foreslås sammensatt av jurist, lege og psykolog.

Vi tillater oss å foreslå at helsesøster med spesiell kompetanse på/erfaring fra arbeid med adoptivbarn/adoptivfamilien bør sitte i enten regionsråd eller adopsjonsråd. Dette begrunnes blant annet i at helsesøster representerer barnet og familiens normalarena, og er også den som i all hovedsak skal følge opp barn og familie i etterkant – særlig med tanke på helse og oppvekstvilkår. For de fleste av de yngste utenlandsadopterte barna utgjør ikke barnehagen en normalarena, da man med bakgrunn i tilknytningsteori ikke anbefaler barnehage før foreldretilknytning er godt etablert, gjerne etter år i ny omsorgssituasjon. Lege, psykolog eller advokat representerer heller ikke normalarenaer, men har nødvendig kompetanse på sentrale områder i adopsjonsprosessen.

Slik Bufetats adopsjonsseksjon og regionene er bemannet i dag, ivaretas primært den sosialfaglige kompetansen, til dels også den juridiske. Her savnes vesentlige perspektiv i ivaretagelse av en god og helhetlig adopsjonsprosess som blant annet det helsefaglige og det helsefremmende og forebyggende perspektivet.

Vi støtter utvalgets forslag om at loven pålegger kommunene en plikt til å gi opplysninger til Bufetat region.

18.7 Særlige spørsmål ved internasjonal adopsjon

18.7.1 Sosialrapport

Vi støtter utvalgets forslag om at sosialrapport utarbeides av bufetat. Vi ser at de lokalt utarbeidede rapportene kan være både for omfattende og delvis urelevante for opprinnelseslandet. Det bør være en større grad av standardisert utforming av sosialrapporten. Ved at bufetat utarbeider sosialrapporten og regionrådet godkjenner/fatter vedtak, ivaretar man hensynet til at det er to ulike instanser som innstiller og godkjenner. Vi har allikevel noen spørsmål knyttet til den praktiske gjennomføringen av dette.

Når en sosialrapport skal skrives har man gjerne to-tre intervjuer i forkant og ett til flere hjembesøk. Hvordan har man tenkt seg at dette skal foregå og finansieres med de tildels store geografiske avstandene som det er i deler av Norge? Det bør med andre ord omtales at det må medfølge ressurser både i form av personell, tid og penger.

Del VI Støtte og tiltak før og etter adopsjon

Kapittel 20

Støtte og tiltak før og etter adopsjon.

Generelt vil vi si at tiltak etter adopsjon er relativt tynt omtalt i denne NOUen. Det harmonerer dårlig med de behovene både foreldre og profesjonelle hjelpere opplever etter at barnet er kommet til sin nye familie og skal etablere en helt ny tilværelse. Det er helt nødvendig at forberedelsene til adopsjon gjøres og omtales grundig, men et godt forarbeid må også følges opp av et godt etterarbeid! Det savner vi en langt grundigere omtale av her.

Blant annet bør omtales den helsemessige oppfølgingen av barnet, som i dag er alt for tilfeldig og til dels mangelfull. Blant annet burde det være at krav at adoptivbarn skal undersøkes av pediater etter ankomst.

Mange helsestasjoner har etter hvert tatt i bruk de anbefalingene LaH NSF gir i vår veiviser, men langt fra alle. Helsedirektoratet har i flere år bebudet en revidering av Rundskriv IK 15/93, uten at dette så langt har blitt slutført. Vi har foreslått for direktoratet at anbefalingene i LaHs veiviser og rundskrivet bør inngå som en del av IS-1154, Veileder i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (som for øvrig foreslås omgjort til nasjonale faglige retningslinjer).

20.2.2 Særlig om adopsjonsforberedende kurs

Vi støtter forslaget om at adopsjonsforberedende kurs skal inngå som en obligatorisk del i fase 2. Vi mener at foreldre ikke skal betale for obligatoriske adopsjonsforberedende kurs. Det er store utgifter knyttet til utenlandsadopsjon, og dersom ikke støtten til adopsjon økes betraktelig, finner vi det urimelig at foreldre selv skal dekke kostnader ved et tilbud de ikke kan velge bort. Vedr. innholdet i kursene, viser vi til våre kommentarer til kapittel 15.

20.3 Tiltak etter adopsjon

20.3.1 Gjeldende situasjon

Her beskrives utredningsarbeidet i Kristiansund kommune. Det riktige er å kalle det et *utviklingsarbeid*, som for øvrig siden 2006 i sin helhet er overtatt, videreført og finansiert av Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund.

LaH NSF arrangerte ved lansering av heftene en nasjonal adopsjonskonferanse. Vi erfarer imidlertid et fortsatt behov for kompetanseheving på dette området blant helsesøstre og annet personell tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men også innenfor eksempelvis pediatriske avdelinger og barnehage og skole. Det hersker fortsatt mye uvitenhet om adoptivbarns spesielle behov og utfordringer, i forhold til somatiske forhold den første tiden etter ankomst og forhold av mer psykososial karakter.

Profesjonelle hjelpere trenger også oppdatert kunnskap om at de fleste adoptivbarn- og foreldre klarer seg utmerket på sikt, at ikke alle ønsker å oppsøke fødelandet osv. osv.

Vi mener derfor at NOU - en burde si noe om behov for systematisk kompetanseheving blant helsepersonell og andre som møter adoptivfamilien. Et tilbud om etterutdanning kunne være en kombinasjon av tverrfaglig og fagspesifikk undervisning.

20.3.2 Utvalgets vurderinger og forslag

20.3.2.1 Hovedpunkter

Utvalget foreslår at alle adoptivfamilier skal få tilbud om samtaler hos psykolog, og påpeker videre helsestasjonens rolle og betydning. Vi mener det er viktig at adoptivfamilien i størst mulig grad blir del av et normalt tilbud, som helsestasjonen er. Som påpekt i 2.3.1, stiller det krav til oppdatert kompetanse hos ansatte på dette spesielle området. Slik kompetanseheving kan ikke overlates til den enkelte kommunes prioriteringer, men bør inngå i et program på nasjonalt nivå og utgiftsdekkes av aktuelle direktorat/departement. Landsgruppen av helsesøstre NSF samarbeider gjerne om ytterligere innspill til dette. Vi er blant annet i gang med et pilotprosjekt i tre norske kommuner, hvor systematisk etterutdanning og veiledning for helsesøstre inngår som en sentral del og skal ha nasjonal overføringsverdi.

20.3.2.2 Nærmere om rådgivning og veiledning til adoptivfamilier

Her viser vi i store trekk til vår veiviser og foreldrehefte, men vil spesielt påpeke behovet for gode melderutiner i forbindelse med adopsjon. I dag er det ingen automatikk i at helsestasjonen får opplyst verken om pågående adopsjonsprosess eller at et adoptivbarn er kommet. Det er en stor svakhet som bidrar til å forsinke foreldreveiledningen og oppfølgingen av barnet. Det bør ikke være foreldrenes ansvar å varsle helsestasjonen.

For best mulig oppfølging, bør helsestasjonen få slikt varsel når adopsjonssøkerne er godkjent og har fått tildelt adopsjon. Da kan helsestasjonen bidra med nødvendig informasjon og veiledning i forkant av hentereise, samt etablere en kontakt slik at man også vet når familien kommer hjem med barnet.

Igen; med et ressursfokus og en normalarena som utgangspunkt, mener vi at helsestasjonen bør være den primære rådgivnings- og veiledningsinstansen, supplert med PPT og psykisk helsevern for barn og unge for de som trenger det.

Mulig rett til barnehageplass der hvor det er tilrådelig, og rett til ekstra foreldrepermisjon hvis barnet har ekstra store problemer eller ved adopsjon av eldre barn over 5 år, burde vært belyst. Dette gjelder et lite antall pr. år og vil slik ikke innebære store økonomiske konsekvenser for stat/kommune, men kunne bety mye for den enkelte familie.

20.3.2.3 Nærmere om nettverksbygging

Aktuelle kommuner/adopsjonsorganisasjoners lokallag bør stimulere til mer organiserte "ventetreff". Her kan nettverk knyttes og kompetansen økes, samt at det er godt for foreldre å møte andre i samme situasjon i ventetiden. Helsestasjonene vil ofte kunne være gode støtte-/medspillere i dette.

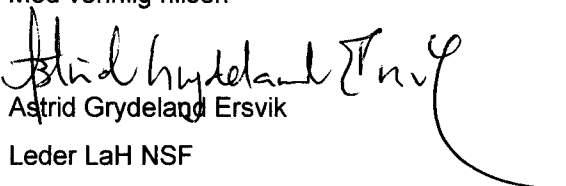
Kapittel 21 Kompetanseutvikling

Vi viser her til kommentarer til pkt. 20.3.1 og 20.3.2.1

Vi finner utvalgets forslag mangelfullt i forhold til det de faktisk sier andre steder i dokumentet. Man foreslår konkret at kompetansen i Bufdir styrkes. Det er viktig og riktig, men Bufdir er ingen etat som har den fortløpende kontakten med adoptivfamilien, særlig ikke etter hjemkomst. Det burde derfor i utvalgets forslag konkret nevnes behov for styrking av kompetanse innenfor helsestasjon, barnehage og skoler og øvrig hjelpeapparat.

Forslaget om en digital adopsjonsportal støttes, men her må det sikres en lett og naturlig tilgjengelighet til denne – den bør ikke være "kamouflert" blant bufetats mange andre sider. Vi vil foreslå et helt eget domene www.adopsjon.no der all aktuell informasjon for adoptivsøkere- og foreldre, samt profesjonelle kan finnes.

Med vennlig hilsen


Astrid Grydeland Ersvik
Leder LaH NSF

Vedlegg:

Adoptivfamilien – veiviser, LaH NSF , 2006 - revidert 2008
Foreldrehefte for adoptivfamilien, LaH NSF, 2006 - revidert 2008

Kopi: Fagpolitisk avdeling NSF v/Kirsten Aunaas