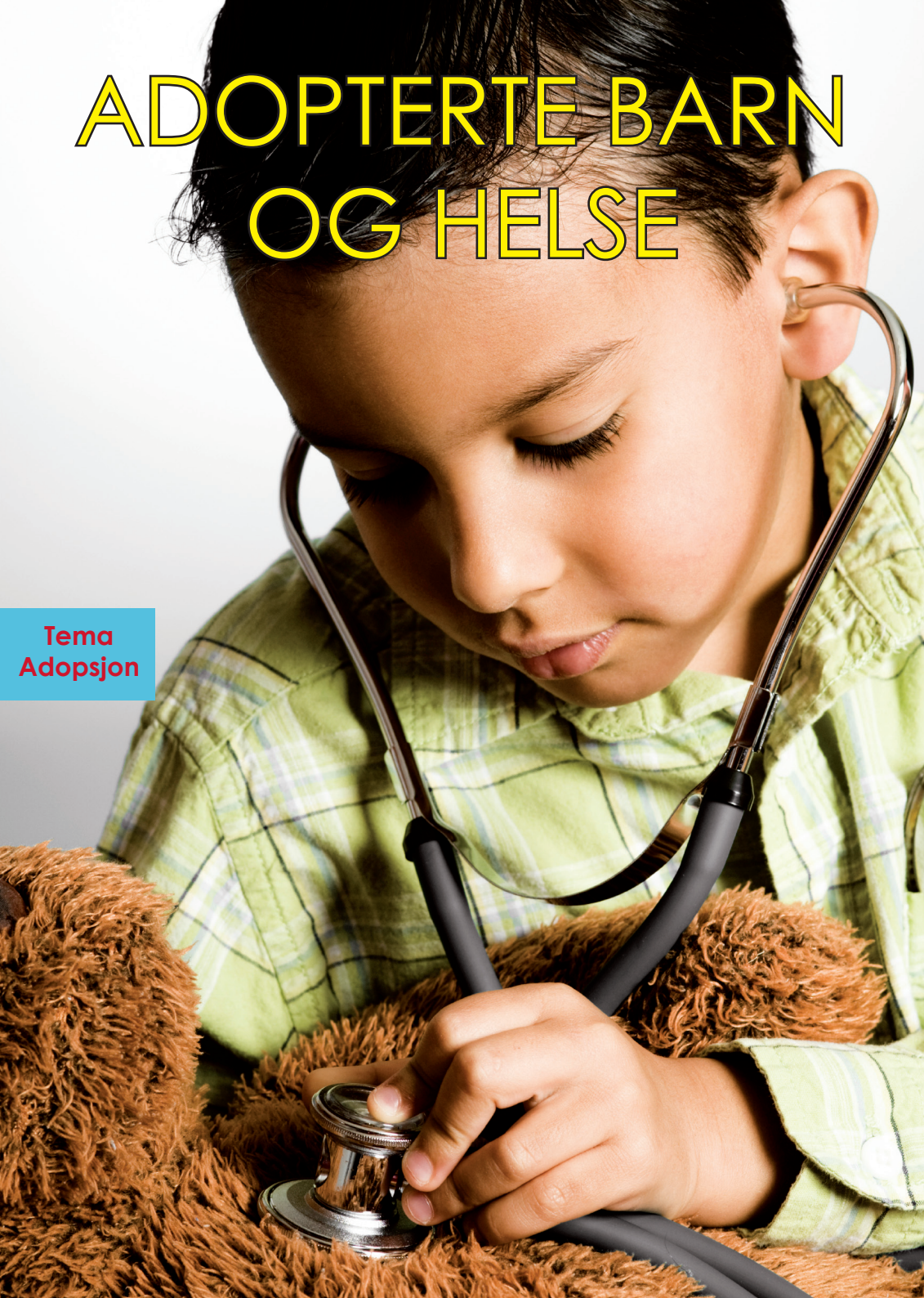


ADOPTERTE BARN OG HELSE

Tema
Adopsjon



ADOPTERTE BARN OG HELSE

Vårt første "møte" med barnet er gjennom opplysningene vi mottar om barnets livshistorie, helse og bildene som følger tildelingen.

Formålet med dette temaheftet er å bidra til en bedre forståelse av hva disse bakgrunnsopplysningene og helseinformasjonen kan fortelle oss. På denne måten kan man som vordende far eller mor være best mulig forberedt og gi barnet en best mulig start på dets nye liv. Vi ønsker at informasjonen fører til økt bevissthet om hva adoptivforeldre bør være spesielt oppmerksomme på, med hensyn til sitt barns helsetilstand ved ankomst.

Det varierer betydelig fra land til land hvor mye informasjon man får om barnets bakgrunnshistorie og hvor mange medisinske opplysninger man får. Slike opplysninger kan gi et bilde av barnets helsetilstand på tildelingstidspunktet, og et inntrykk av hvordan barnet har utviklet seg siden fødselen. Adoptivforeldre må gå ut fra at barnet ikke har hatt optimale forhold i mors svangerskap fordi mor ofte har vært i en vanskelig og belastet situasjon.

De fleste av barna vil vanligvis ha gjennomgått et vaksinasjonsprogram i sitt fødeland. Alle opplysninger om tester som er foretatt skal fremkomme i barnets medisinske dokumenter. Hvilke opplysninger som kommer frem i dokumentene kan variere fra opprinnelsesland til opprinnelsesland.

I helseopplysningene kan det være medisinske ord og uttrykk man ikke kjenner til eller ikke har kunnskap om. De norske adopsjonsforeningene har heller ikke ekspertise til å vurdere de medisinske opplysningene. Dette ansvaret hviler på de vordende foreldrene som må ta kontakt med barnelege, helsestasjon eller fastlege for å få kunnskap om og kjennskap til det som står i barnets dokumenter.

Før familien kommer hjem med barnet skal de fra adopsjonsforeningene ha fått tilsendt rundskrivet fra Helsetilsynet som heter **Helseundersøkelse og vaksinasjoner av barn fra land utenfor Vest-Europa**, eller mottatt informasjon om hvor rundskrivet kan fremskaffes.

I utdrag fra rundskrivet står det følgende:

"Det er viktig at barn som kommer til Norge så snart som mulig kommer i kontakt med helsevesenet. Hensikten er å avdekke og behandle infeksjonssykdommer, mangelsykdommer, utviklingsfeil, samt å gi råd om forebyggende tiltak som vaksinasjoner og lignende. Barnet må snarest mulig komme inn i det ordinære helsestasjonstilbudet etter at den første undersøkelsen er utført."

"Vårt første 'møte' med barnet er gjennom opplysningene vi mottar om barnets livshistorie, helse og bildene som følger tildelingen."

"Vi anbefaler å bestille en legetime og en kontroll på helsestasjonen allerede før barnet har kommet til Norge."

DEN FØRSTE LEGEUNDERSØKELSEN ETTER HJEMKOMST

Vi anbefaler å bestille en legetime og en kontroll på helsestasjonen allerede før barnet har kommet til Norge. Et annet godt råd kan være å levere kopier av dokumentene om barnet til legen før adopsjonsreisen. Dersom det oppstår noe i barnets helsesituasjon som man er i tvil om, anbefaler vi å ta en telefon til legen allerede mens man er i utlandet. Av og til kan det hende at helseilstanden oppleves annerledes enn forventet når man først møter barnet. Det kan også ha skjedd endringer i barnets helse i ventetiden.

Barnet skal tidligst mulig henvises fortrinnsvis til barnepoliklinikken ved et lokalt sykehus. Der kan barnet undersøkes av en barnelege.

I noen kommuner er det helsestasjonslegen eller barnets fastlege som foretar denne kontrollen.

Legen gjør en generell undersøkelse av barnet:

- Man undersøker ulike organer som syn, hørsel, hud og indre organer.
- Man vurderer barnets utviklingsstatus.
- Hvordan er barnet fysisk og psykomotorisk?
- Er det tegn til underernæring eller mangelsykdommer? Har barnet underhudsfett? Man vet at god ernæring spesielt første året er viktig for hjernens funksjon.
- Vaksiner vurderes. En mottar ofte utfyllende opplysninger om vaksinasjoner som er gitt i opprinnelseslandene, men disse kan være mangelfulle.
- Ved mistanke om rakitt (kalsiummangel) eller hvis det er usikkerhet om barnets alder stemmer, kan det være aktuelt å ta røntgen av håndskjelettet.
- Blodprøver blir tatt. Man tar blodprosenten (Hb), generelle infeksjonsprøver, jernstatus, leverstatus, kalsiumstatus. Man tar også hiv- og hepatittprøver rutinemessig.
- Urinprøve sjekkes for å utelukke infeksjon eller andre uttrykk for sykdom.
- En avføringsprøve kan avdekke virus, bakterier, cyster, egg, amøber eller parasitter.

HELSESTASJONEN

Alle barn i Norge har tilbud om konsultasjoner hos helsesøster og lege på helsestasjonen. Tilbudet er regulert gjennom nasjonale planer som gir bestemmelser om hvordan kommunene skal følge opp barnas helse, men det er ikke tatt hensyn til adopterte barns behov spesielt.

Barn som er adoptert blir ikke automatisk innkalt til helsestasjonen, så det er viktig å vite at man selv må ta kontakt.

Helsestasjonen er en sentral instans i oppfølgingen av barnefamiliene. Mange adoptivforeldre har opplevd at oppfølgingen av deres barn har vært tilfeldig og mangelfull, og det har vært store lokale variasjoner mellom tilbudene som er gitt.

I møte med helsestasjonen vil man kanskje ha forventninger om at helsesøster og andre ansatte skal kunne svare på alt, men husk at på enkelte helsestasjoner kan det kanskje gå år mellom hver gang de møter adoptivfamilier. Det er derfor viktig at foreldrene bidrar med førstehånds kunnskap om barnet. Dette vil kunne sikre en god oppfølging av barnet og familien.

På helsestasjonen foretas veiinger og målinger, og barnets utviklingsmessige situasjon både fysisk, psykisk og språklig blir kontrollert. Helsestasjonen kan også gi veiledning om kosthold.

Adopterte barn har som andre barn forskjellige behov. Som alltid når det gjelder barn, er det viktig at foreldrene selv vurderer hvilke faglige råd og anbefalinger de kan dra nytte av.

På helsestasjonen gis det veiledning knyttet til spedbarn og småbarns vekst og utvikling. Det blir også gitt veiledning om foreldrerollen. Den handler om kosthold, motorisk stimulering, samspill, riktige leker, sikkerhetsutstyr med videre.

Det er også utviklet et veiledningsprogram som kan være en støtte for foreldre med barn i skolealder. Foreldreveiledningsprogrammet har som mål å styrke omsorgen og oppveksten for barn og unge, for å forebygge sosiale og psykiske problemer. Programmet legger vekt på å fremme opplevelsen av egen mestring og egenverd i forholdet mellom barn og foreldre og foreldre og fagfolk. Programmet skal også bidra til å dyktiggjøre voksne i foreldrerollen, og til å utvikle et tidlig og godt samspill mellom foreldre og barn.

Landsgruppen av helsesøstre NSF, utga i 2006 et hefte som heter **Adoptivfamilien**. Heftet gir god og grundig informasjon om adoptivbarn og de spesielle helsemessige utfordringene de kan stå overfor. Adopsjonsforeningene var bidragsytere til heftet både faglig og økonomisk.

Heftet kan bestilles ved henvendelse til Astrid Grydeland Ersvik:
astrid.grydeland@bluezone.no

VAKSINASJONSPROGRAMMET

Kommunene har ansvar for at alle barn bosatt i Norge får tilbud om vaksinasjon. Noen barnesykdommer kan føre til alvorlige komplikasjoner som kan forebygges gjennom vaksiner. En god vaksinasjonsdekning

"Barn som er adoptert blir ikke automatisk innkalt til helsestasjonen, så det er viktig å vite at man selv må ta kontakt."

"De fleste land Norge samarbeider med om adopsjon, har et godt nasjonalt vaksinasjonsprogram. Problemet kan være dokumentasjon på at barna er vaksinerte."

er viktig for å oppnå høy grad av immunitet i befolkningen, og på den måten unngå smitte.

Selv om all vaksine er frivillig, har norske barn rett til å bli vaksinert og få den beskyttelse vaksinasjonsprogrammet kan gi. Helsepersonell har plikt til å tilby barnevaksinasjonsprogrammet som finnes på Nasjonalt folkehelseinstitutt sine nettsider: www.fhi.no.

De fleste land Norge samarbeider med om adopsjon, har et godt nasjonalt vaksinasjonsprogram. Problemet kan være dokumentasjon på at barna er vaksinerte. Ofte kan vaksinasjonskortet være mangelfullt utfyllt, eller så er det vanskelig å forstå hvilke vaksiner som er gitt. Likeledes kan man være usikker på om vaksinene som er gitt tilsvarer dem vi bruker i Norge, eller om barnet har fått tilstrekkelig antall doser.

Helsestasjonen skal kunne hjelpe til med å finne svar på dette. Man kan også sjekke det aktuelle landets vaksinasjonsprogram på internett, ved å gå inn på nettsidene til World Health Organization sine nettsider: www.who.int. Vær imidlertid oppmerksom på at selv om vaksinasjonsprogrammet på disse sidene ser tilfredsstillende ut, har ikke alltid alle barn fått de vaksinene som oppgis.

Ved ankomst blir barnet "koblet på" det norske vaksinasjonsprogrammet, og det er ingen fare om barnet får en vaksinedose eller to for mye.

Tuberkulose

Tuberkulose går også under navnet TB. Mange av barna kommer fra områder i verden hvor tuberkulose er langt vanligere enn i Norge. Risikofaktorer for smitte er trangboddhet og mangelfulle hygieniske forhold. Hos voksne er det som oftest luftveiene som rammes med klare symptomer som for eksempel hoste, slim og vekttnap. Hos barna er ikke symptomene like opplagte. Barna er imidlertid ofte vaksinert i spedbarnsalder dersom de kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose. Beskyttelsen mot sykdom er da ca. 80–90 %. Etter at barna kommer til Norge, skal det kontrolleres om de har smitte. Denne rutinekontrollen gjøres av alle innvandrere. Er barnet imidlertid helt friskt, er sannsynligheten for tuberkulose minimal.

Har barnet arr som tegn på at det er vaksinert? Arret etter BCG-vaksinen er lett gjenkjennelig for trenet personell. Det settes også Mantoux-test som avleses etter 72 timer, for å se om barnet er smittet av tuberkulose. (Tidligere ble en pirquetprøve tatt som ble avlest etter 48 timer.)

Er Mantoux-testen positiv uten at barnet er vaksinert, må det henvises til spesialklinikker som følger opp dette. Dette gjelder også hvis barnet er vaksinert, men har en sterk positiv Mantouxreaksjon. Det kan være

utrykk for smitte selv om barnet ikke bærer sykdom. Fra myndighetenes side er det gitt klare retningslinjer for hvordan dette følges opp.

DET PREMATURE BARNET

Manglende svangerskapskontroll fører til at en del barn fødes prematurt. Er barnet født prematurt, bør man være ekstra påpasselig i den videre oppfølgingen. Prematuritet er definert som fødsel før 37. svangerskapsuke. Å være for tidlig født kan være forbundet med både økt sykkelighet og dødelighet. Risikoen øker med grad av prematuritet.

Man skiller mellom korttids- og langtidskomplikasjoner. Jo flere korttidskomplikasjoner barnet har, desto større er sjansen for langtidskomplikasjoner.

I dokumentene som medfølger barnet kan det være opplysninger om hvordan barnet har hatt det i tiden etter fødselen. Man kan også få vite hvilken svangerskapsuke barnet er født i. I en del tilfeller har man ingen opplysninger om svangerskap eller fødsel.

Korttidskomplikasjonene er hjerte-, sirkulasjons- og luftveisproblematikk. Barnet kan være utsatt for varmetap og forstyrrelser i stoffskiftet. Infeksjoner er vanlig, og en spesiell form for øyeskade (retinopati) er en risiko.

Langtidskomplikasjonen er først og fremst av nevrologisk art. I tillegg kan barna være noe mindre av vekst, og luftveisproblematikk kan være en utfordring.

Det er viktig å være oppmerksom på de kognitive funksjoner med fokus på læring og utvikling. For de premature barna kan disse funksjonene være noe nedsatt, og barna vil derfor kunne trenge mer tid på utvikling av kognitive ferdigheter.

VEKST

Det er vanlig at barnet får en "innhentingsvekst" den første tiden hos den nye familien. Barnet vokser da raskere enn vanlig i forhold til barn på samme alder. Barnets ernæringsmessige og omsorgsmessige situasjon er helt endret, og man antar at dette er bakgrunnen for veksten. Etter hvert vil barnet finne sin vekstkurve og følge denne. Vekstkurver er forskjellige i de ulike landene, men man forholder seg gjerne til de norske og ser at barnet følger sin percentile (vekstkurve).

UNDERSTIMULERING

Ofte ser en at adopterte barn kan være noe forsinket i sin psykomotoriske utvikling. Det kan komme av understimulering. Det er ikke alltid nok personale på barnehjemmene til å ivareta

"Manglende svangerskapskontroll fører til at en del barn fødes prematurt. Er barnet født prematurt, bør man være ekstra påpasselig i den videre oppfølgingen."

"Ofte ser en at adopterte barn kan være noe forsinket i sin psykomotoriske utvikling. Det kan komme av understimulering."

den følelsesmessige og fysiske stimuleringen som barn trenger for modningsprosessen.

Vanligvis ser en at barnet i sitt nye hjemmemiljø, med mye kjærlighet og stimulering, tar igjen disse forsinkelsene innen relativt kort tid. Men det kan også være aktuelt med en henvisning til fysioterapeut for en vurdering og eventuelt få råd om trening. Det kan også være aktuelt å få råd fra andre faggrupper.

UNDERERNÆRING

En stor del av barna i utviklingsland lever under dårlige kår og kan være underernært. En av de vanligste helseutfordringene blant adopterte barn er kronisk underernæring. Det vil si at de har fått for lite føde over lengre tid. I noen tilfeller har biologisk mor vært underernært under svangerskapet, noe som igjen kan resultere i underernæring hos fosteret og lav fødselsvekt. Underernæring kan også resultere i for tidlig fødsel. Barnets helseopplysninger kan muligens si noe om hvordan svangerskap og fødsel har forløpt.

En kan ikke alltid konkludere med at barnet er underernært fordi det er mindre enn hva man forventer ut fra alderen. Høyde og vekt kan også være arvelig betinget. Ved ankomst ser man at noen barn kan være lavere og lettere enn alderen skulle tilsi. Men når de får tilstrekkelig med mat og stimulas i sitt nye miljø, begynner de å vokse raskere – et fenomen som kalles innhentningsvekst. I slike tilfeller kan man konstatere at barnets høyde ikke var arvelig, men at grunnen var dårlig ernæring/lite mat.

Kronisk underernærte barn behøver ikke å se utmagret ut, de ser små, men proporsjonale ut. Akutt mangel på næring, medfører derimot at barnet ser utmagret ut. Disse to formene for underernæring kan gjerne opptre i kombinasjon, men akutt underernæring er meget uvanlig hos nyankomne adopterte barn.

Den eneste behandlingen som trengs mot underernæring er vanlig god omsorg med næringsrik og tilstrekkelig med mat og kjærlighet. Det har vist seg at kjærlig omsorg virker inn på barnas vekst – kun mat er ikke tilstrekkelig. En del barn som har vært underernært over lengre tid, kan utvikle en glupsk appetitt i en kortere tid etter ankomsten. Fordel derfor matinntaket på flere måltider i løpet av dagen. Faste spisetider skaper dessuten trygghet for barnet og en visshet om at «det alltid kommer mer mat».

ANEMI

En del barn kan ha lav blodprosent, også kalt *anemi*. I mange tilfeller kan dette skyldes hyppige infeksjoner. Infeksjoner kan i seg selv virke

inn på blodprosenten og dette kan for eksempel avdekke en parasitt i tarmen. Kostholdet kan være en grunn til anemi. Om barnet har en lav blodprosent kan man ta tilleggsblodprøver for å se om barnet har en jernmangelanemi. Er denne betydelig, gir man tilskudd av jern. Man kan eventuelt også berike kostholdet med jernholdige matvarer.

ALLERGIER OG INTOLERANSE

Allergier viser seg som regel i form av utslett og eventuelle luftveissymptomer. Når det gjelder intoleranse, er det først og fremst i mage- og tarmsystemet symptomene melder seg.

Melkeallergi gir seg gjerne til kjenne ved hudutslett. Bakgrunnen for dette er at barnet reagerer på melkeproteinene.

Melkeintoleranse derimot er en reaksjon på melkesukkeret, den såkalte laktosen. Symptomene her er i større grad lokalisert til magen i form av magesmerter, luftproblemer, løs avføring og diaré. Intoleransen for melk utvikles gjerne i 2-årsalderen, selv om en genetisk og langt sjeldnere variant kan være til stede allerede fra fødselen.

Graden av intoleranse varierer. Noen tåler for eksempel enkelte melkeprodukter som hvit ost, smør osv. Andre kan være svært sensible overfor disse produktene.

Laktosereduserte produkter finnes i de fleste matbutikker. Man kan også få kjøpt ulike produkter på apotek som spalter melkesukkeret på forhånd. Tilsetter man slike midler får man gjerne en mer søtlig smak på maten. Soyabaserte erstatninger finnes også, og kan være gode alternativer.

Kalsium har betydning for skjelettets utvikling. Dersom barnet ikke spiser noen melkeprodukter, er det viktig at barnet får i seg nok kalsium fra andre kilder.

Melkeintoleranse sees hyppigst hos barn fra Afrika, Sør-Amerika og Asia. Har man mistanke om at barnet har en melkeintoleranse, utredes dette ved barnemedisinske poliklinikker.

INFEKSJONER

Mange av barna som adopteres kommer fra barnehjem. De har som regel bodd tett, og de hygieniske forholdene har kanskje ikke vært optimale.

I helseopplysningene som følger barna, vil man ofte kunne se at mange har hatt gjentatte infeksjoner. Det dreier seg da hovedsakelig om infeksjoner i mage- og tarmsystemet og luftveisinfeksjoner. Enkelte

"Barna kan komme med andre bakterier, virus og parasitter enn dem vi er vant med i Norge. Som regel gir dette helt uproblematisk infeksjoner som kurerer seg selv eller kureres med medikamenter."

"Alle parasitter spres gjennom forurenset vann og mat. Legen vil få undersøkt barnets avføring med tanke på en rekke parasitter. Selv om barnet ikke har symptomer, bør det tas avføringsprøve."

steder har kanskje kostholdet også vært ensidig og ikke tilstrekkelig næringsrikt. Dette kan ha økt faren for infeksjoner.

Barna kan komme med andre bakterier, virus og parasitter enn dem vi er vant med i Norge. Som regel gir dette helt uproblematisk infeksjoner som kurerer seg selv eller kureres med medikamenter.

Øvre luftveisinfeksjoner

Disse infeksjonene forekommer hyppigst. Vi merker kanskje at barnet er forkjølet ved overtagelse eller blir det kort tid etter. Barna kommer i andre klimatiske omgivelser for eksempel til hotellets aircondition, eller til helt andre temperaturer enn de vanligvis er omgitt av. Barna er spesielt sårbare hvis de har eller nylig har hatt en infeksjon.

Flere av barna kan ha hatt gjentatte ørebetennelser.

Tarminfeksjoner

Etter overtagelsen kan det ofte merkes at barnets avføring endres. Det fører til mistanken om at barnet har fått en infeksjon. At avføringsmønsteret endres noe er ikke så rart siden kostholdet endres betydelig. I tillegg kan emosjonelt stress utløse infeksjoner. Et råd kan være å introdusere nye matvarer litt langsommere og i tillegg gi barnet noe av den vante føden fra opprinnelseslandet en stund etter hjemkomst.

Ved den første legekonsultasjonen bør det tas avføringsprøver. Man bør dyrke bakterier og virus, men også se etter parasitter, amøber, cyster og egg.

Barnet kan ha symptomer uten at det foreligger sykdom. Barn kan også ha en påvist tarminfeksjon uten å merke symptomer.

Løs avføring og luft smerter kan også ha sin bakgrunn i intoleranse, for eksempel laktoseintoleranse.

Hyppige, løse avføringer som diaré lukter ofte vondt og har gul eller grønnlig farge. Ikke gi melk ved diaré, men gi barnet rikelig med væske. Apotekene har ulike produkter som kan hjelpe barnet. Et tips kan være å gi silt havresuppe og blåbærsuppe. Ved diaré over flere dager bør man kontakte lege.

INNVOLLSPARASITTER/AMØBER

Alle parasitter spres gjennom forurenset vann og mat. Legen vil få undersøkt barnets avføring med tanke på en rekke parasitter. Selv om barnet ikke har symptomer, bør det tas avføringsprøve. Man må selv følge med på om barnet har mark/orm i magen; barnemark (*oxuris*) som er små, hvite, ca. 1 cm lange, eller rundorm (*ascaris*) som

er meitemarklignende.

Giardia (*Giardia lamblia*) er en relativt vanlig parasitt som lever i tarmen. Den finnes over hele verden, også i Europa. Symptomene kan være ubehag eller verk i magen, forstopping eller løs avføring. Man kan også ha *Giardia* uten å kjenne noen form for smerte. Det gis behandling mot *Giardia* med antibiotika.

Amøber er også en relativt vanlig parasitt. Amøber gir lignende symptomer som *Giardia*. Avføringen kan være blandet med blod. Det er viktig å behandle denne parasitten fordi den kan ta seg inn i blodsystemet og videre til leveren. Behandling bør gis så raskt som mulig, og her gis det også antibiotika.

Salmonella er en bakterieinfeksjon som kan overføres fra forurenset vann og mat. Vanligvis behøver man ikke behandle disse bakteriene da de forsvinner av seg selv. Men vær oppmerksom på at det kan ta tid.

Grundig håndhygiene etter hvert stell av barn som har parasitter eller bakterier i tarmen, er den viktigste måten å forebygge smitte på.

HUDINFEKSJONER OG ANNEN HUDPROBLEMATIKK

Noen av barna har kløe i huden og/eller eksem. Det behøver ikke være uttrykk for annet enn en tørrhet i huden, men det kan også være uttrykk for eksem eller allergier. Mange barn har atopisk eksem, også kalt barneeksem, som er en vanlig lidelse hos små barn, og opptrer blant annet i arm-huler og knehaser. Svært mange blir kvitt eksemen i andre eller tredje leveår, eller så blir de betydelig bedre.

Lus og skabb

Lus forekommer hos mange av barna som har bodd på barnehjem. Undersøk barnets hodebunn selv og søk råd for behandling på apotek.

Barna får normalt ikke reise ut med skabb, men de kan være smittet uten tydelig utbrudd. Vær omhyggelig med behandlingen, ellers kommer skabb lett tilbake. Barnet vil klø hvis det har skabb.

I barnets fødeland blir ofte mindre hudinfeksjoner behandlet med en lilla væske som etterlater skygger i huden. Disse fargede flekkene forsvinner etter en tid.

MONGOLSK FLEKK

Mongolske flekker er flate fødselsmerker, ofte med uregelmessige kanter og har en mørkebrun, gråaktig eller blåsort farge. Flekkene kan finnes seg nederst på korsryggen/baken, men også på skuldre, armer og ben hos spedbarn.

"Fordi mongolske flekker kan se ut som blåmerker, er det viktig at de som er rundt barnet er klar over dem, slik at misforståelser om barnemishandling kan unngås. Det anbefales at de som omgås barnet til vanlig blir informert om mongolflekkene."

"Hepatitt betyr leverbetennelse, og symptomene kan arte seg som alt fra lette infeksjoner som man nærmest ikke merker, til mer kroniske former som kan få alvorlige konsekvenser med levertransplantasjon som eneste kurerende utvei."

Disse flekkene finner man i 10 % av tilfellene hos hvite barn, mens man blandt andre finner dem i 90 % av tilfellene. Jo mørkere barnet er, desto vanligere er fenomenet.

Flekkene består av store ansamlinger av melanocytter, det vil si hudcellene som inneholder melanin. Når disse cellene befinner seg rett under hudoverflaten får man den brune hudfargen. Hvis cellene befinner seg lengre ned i hudlaget, får man blå-sorter merker, som kalles mongolflekke. Flekkene er helt harmløse og er ikke forbundet med sykdom eller risikofaktorer. Mongolflekkene blekner ofte i løpet av de to første leveårene og blir helt borte innen skolealder.

Selv om de fleste leger og helsestasjoner bør ha kunnskap om disse flekkene, er det viktig for foreldrene å forsikre seg om at de har det. Fordi flekkene kan se ut som blåmerker, er det viktig at de som er rundt barnet er klar over dem, slik at misforståelser om barnemishandling kan unngås. Det anbefales at de som omgås barnet til vanlig blir informert om mongolflekkene.

MRSA

Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) er bakterier som er utbredt i naturen, og mennesker bærer ofte bakteriene med seg på hud og slimhinner uten at de fremkaller infeksjon. Hos mennesker som i utgangspunktet er friske, vil bakteriene som regel kun gi overfladiske hudinfeksjoner. Pasienter som er nyopererte, har åpne sår eller har et sterkt svekket immunforsvar, er mer utsatte for å få alvorligere infeksjoner av gule stafylokokker.

MRSA har utviklet motstandskraft mot de vanligste gruppene av antibiotika. Forekomsten av MRSA i Norge er lav, men i hele Norden er forekomsten i ferd med å øke. Disse bakteriene har vært oppdaget hos flere adopterte barn. Det finnes klare direktiver for hvordan man kan unngå smitte. Man skal være oppmerksom dersom foreldrene er helsearbeidere av yrke, da smittefaren er stor.

HEPATITT A, B OG C

Hepatitt betyr leverbetennelse, og symptomene kan arte seg som alt fra lette infeksjoner som man nærmest ikke merker, til mer kroniske former som kan få alvorlige konsekvenser med levertransplantasjon som eneste kurerende utvei.

De tre vanligste formene for hepatitt kaller vi hepatitt A, hepatitt B og hepatitt C, som er forårsaket av hvert sitt virus: hepatitt A-virus, hepatitt B-virus og hepatitt C-virus.

Slik smitter hepatitt:

Hepatitt A: Gjennom forurenset mat og vann

Hepatitt B: Gjennom blod, fødsel og ubeskyttet sex

Hepatitt C: Gjennom blod f.eks. gjennom deling av urene sprøyter

Hepatitt A

Smitter gjennom forurenset mat og drikke. Viruset kommer fra avføringen til smittet person, og opptrer i avføringen fra 3 uker før sykdomsstart og fortsetter gjerne i 4–6 uker. Symptomer er generelt redusert allmenn tilstand, kvalme, smerter under høyre ribbekant og gjerne feber. Etter hvert blir man gul i huden og i øyets hvite del. Sykdommen går over av seg selv uten annen behandling enn eventuell behandling av symptomene. De fleste spedbarna er ofte uten symptomer og blir heller ikke gule. Kroniske tilfeller foreligger ikke, ei heller risiko for fosteret, verken når det gjelder overføring i forbindelse med fødsel eller sykdom i fosterlivet. Hepatitt A-vaksiner er tilgjengelige og bør tas når man drar til land med høy forekomst.

Hepatitt B

Mange land i Asia, Latin-Amerika og Afrika har en høy forekomst av Hepatitt B. Hepatitt B smitter gjennom blod, f.eks. gjennom små sår på hud og slimhinner, ved seksuell kontakt, gjennom urene sprøyter og gjennom spytt. Hepatitt B kan også spres fra biologisk mor til barnet ved fødselen.

Mange adopterte barn blir vaksinert mot hepatitt B rett etter fødsel. *Alle adopterte barn skal testes for hepatitt B like etter ankomst til Norge.* Om det er kjent at et barn har hepatitt B, bør man på forhånd ta kontakt med den legen som har ansvaret for helsekontrollen ved ankomst, og planlegge et umiddelbart besøk på en infeksjonsklinikk som tar ansvar for den videre oppfølgingen. *De som omgås barnet til daglig vil få tilbud om gratis vaksine.*

Akutt hepatitt B: Omtrent halvparten som blir smittet av hepatitt B-viruset vil få symptomer i løpet av to til seks måneder etter smittetidspunktet. De fleste smittede vil kvitte seg med viruset i løpet av noen få måneder. De er da immune mot hepatitt B resten av livet.

Kronisk hepatitt B: Ca. 5 % av dem som blir smittet med hepatitt-viruset, kvitter seg ikke med det. Viruset blir "sittende fast" i leveren og gjør dem til kroniske bærere. En slik kronisk bærertilstand gir vanligvis ingen symptomer og kan bare oppdages ved blodprøver. De aller fleste som får kronisk hepatitt B er friske smittebærere. Å være smittebærer betyr at du hele livet kan smitte andre uten at du selv er syk. Derfor skal ingen med kronisk hepatitt B være blodgiver, og andre medlemmer av husstanden kan få gratis vaksine mot sykdommen.

Noen kroniske bærere kan utvikle en kronisk betennelse i leveren. Det er

"Det må understrekes at det er svært sjelden at barn smitter sine foreldre. Vanlig kontakt medfører ikke risiko. Smitte kan ikke overføres via hel hud. Husk at det er ikke farlig å kose og klemme!"

"Tidligere så man på hivsmitte som tilnærmet ensbetydende med redusert levealder. Dette er nok fortsatt riktig i en global sammenheng, men i Norden, hvor situasjonen for oppfølging og behandling er god, kan hiv smittede personer ha både betydelig bedre og lengre leveutsikter."

derfor viktig med regelmessige undersøkelser.

Mange spørsmål vil dukke opp hvis barnet har hepatitt B:

- Hva betyr det i det daglige?
- Hvilke konsekvenser får det på sikt for barnet?
- Hvem må vite det?
- Hvem bør vaksineres?

Det må understrekes at det er svært sjelden at barn smitter sine foreldre. Vanlig kontakt medfører ikke risiko. Smitte kan ikke overføres via hel hud. Husk at det er ikke farlig å kose og klemme!

Hvem må vite hva?

Hvis barnet er under 3 år og går i barnehage eller hos dagmamma, skal barn og voksne på samme avdeling tilbys vaksine. Foreldre til andre barn skal informeres. Er barnet over 3 år, bør barnehagens, eventuelt skolens, personale orienteres om at barnet er smittebærer.

Tenk over om det er andre dere ønsker skal ha kjennskap til dette. Her må dere vurdere nytten av åpenhet opp mot en eventuell belastning det kan innebære for barnet at mange vet.

Hepatitt C

Det var først i 1989 man klarte å påvise hepatitt C-viruset. Nå kan man ved hjelp av blodprøver avgjøre om man er smittet. Det finnes ingen vaksine mot hepatitt C, derfor er allmenne smitteforebyggende tiltak viktige.

De fleste som i dag får påvist hepatitt C er blitt smittet ved blodoverføring eller ved tidligere eller nåværende sprøytebruk. Hepatitt C kan i sjeldne tilfeller overføres fra mor til barn under fødselen.

HIV/AIDS

Verden over er hiv/aids et meget stort helseproblem, spesielt gjelder det mange utviklingsland. Aids er nå den sykdommen flest barn under 5 år dør av globalt. I industrialiserte land har antallet barn som er hivsmittet sunket dramatisk. 95 % av hivsmittede barn lever i utviklingsland, og de aller fleste av de smittede barna har fått viruset gjennom overføring fra mor. Oftest er dette nær eller ved fødselstidspunktet. Overføringen av HIV kan også skje via brystmelk. I en del tilfeller kan barna smittes via blodsmitte, f.eks. blodoverføring.

Om barnets hivtest er positiv, kan det skyldes smitte, men også passivt overføre antistoffer fra den biologiske moren. Man må derfor følge opp med gjentatte tester for å se om barnet virkelig er smittet av hivvirus eller bare er bærer av morens antistoffer. Hvis barnet ikke er smittet, har det ingen økt risiko for å utvikle hiv senere.

De fleste adopterte barn testes for hiv i opprinnelseslandet. *Alle adopterte barn skal testes for hiv etter ankomst til Norge.*

Tidligere så man på hivsmitte som tilnærmet ensbetydende med redusert levealder. Dette er nok fortsatt riktig i en global sammenheng, men i Norden, hvor situasjonen for oppfølging og behandling er god, kan hiv smittede personer ha både betydelig bedre og lengre leveutsikter.

FØTALT ALKOHOLSYNDROM/FØTAL ALKOHOLEFFEKT (FAS/FAE)

(føtalt =som angår fosteret)

En del adopterte barn kommer fra sosiale risikomiljøer. Biologisk mor kan ha misbrukt alkohol, narkotika og lignende under svangerskapet. Barn som utsettes for mors alkoholmisbruk risikerer å bli født med FAS/FAE. Alkoholten passerer morkaken og går over i barnets blod. Dette er skadelig både under organdannelsen i første tremånedersperiode og organmodningen senere.

FAS er karakterisert ved et spesielt utseende (spesielt smal overleppe, manglende leppefure og korte øyenspalter), veksthemning og forstyrrelser i sentralnervesystemet.

Barn med FAE har et normalt utseende, men de samme problemene med sentralnervesystemet som FAS-barn. På grunn av et normalt utseende er FAE vanskeligere å diagnostisere.

Om barnet viser hyperaktiv atferd, bør det gjøres en grundig vurdering med hensyn til medisiner. En slik vurdering og drøfting bør skje mellom barnets omsorgspersoner og en pediater. Det er ofte bivirkninger involvert, som manglende appetitt og søvnproblemer. Disse negative faktorene kan overskygges av de positive ved at barnet får bedre oppmerksomhetsspenning og økt evne til å klare å komme gjennom skoledagen. Det er imidlertid ingen medisiner som tar bort alle vanskene, og atferdsendringer må jobbes med hele tiden. *Rutiner og struktur* er helt avgjørende elementer i hverdagen.

Å informere andre som er involvert i oppfølgingen av barnet om dets vansker, vil som oftest være positivt. Det vil bidra til at de er mer villige til å akseptere barnets atferd og tilrettelegge bedre, slik at sjansen for å oppleve mestring øker.

BILYDER OVER HJERTET

Når man lytter på hjertet med stetoskop, hører man vanligvis to toner (eller lyder) for hvert hjerteslag, som kalles første og andre hjertetone. Mellom hjertetonene er det vanligvis helt stille. Høres det lyder mellom disse hjertetonene, kalles dette *bilyder over hjertet*. Alvorlighetsgraden

"Å informere andre som er involvert i oppfølgingen av barnet om dets vansker, vil som oftest være positivt. Det vil bidra til at de er mer villige til å akseptere barnets atferd og tilrettelegge bedre, slik at sjansen for å oppleve mestring øker."

av bilyden graderes.

Hvorfor dannes bilyder?

Når blodet i hjertet får strømme fritt, strømmer det stille og jevnt, på samme måte som i en stille elv. Dersom blodstrømmen møter hindringer som for eksempel en trang åpning i hjertet eller en forsnævring i en blodåre, vil det oppstå virvelstrømmer bak forsnævringen – som i et elvestryk, og det høres lyd.

Fysiologisk bilyd opptrer i perioder hos de fleste små barn. Bilyden medfører ingen symptomer eller plager, men høres oftere når barnet har anstrengt seg eller har feber. Vanligvis kan legen fastslå om det er en normal bilyd bare ved å lytte på hjertet. De godartede eller normale bilydene har et særpreg som oftest er lett å gjenkjenne. Men i enkelte unntakstilfeller kan det være tvil, og i slike situasjoner vil barnet bli henvist til spesialist i hjertesykdommer eller barnesykdommer.

Sjeldnere årsaker er *atrial septal defekt* (ASD) som er hull i skilleveggen mellom de to forkamrene (atriene) i hjertet. Hullet er til stede i hele fosterlivet, men lukker seg kort tid etter fødselen. Noen ganger lukker ikke hullet seg, og det foreligger ASD. *Ventrikkelseptumdefekt* (VSD) er hull i skilleveggen mellom de to hjertekamrene (ventriklene). Dette er en av de mest vanlige medfødte hjertefeilene. De færreste har symptomer på grunn av hullet, og hos barn som er født med VSD vil det mest sannsynlig vokse igjen.

ADOPTERTE BARN OG PUBERTET

Adopterte barn kommer som oftest fra land hvor pubertet inntreffer tidligere enn i Norden. Den medisinske terminologien kalles *pubertas precox* og brukes dersom pubertetsutvikling starter før 8 års alder hos piker og før 9 års alder hos gutter. Adopterte barn har økt risiko for tidlig pubertet. Risikoen øker jo eldre barnet er ved adopsjonstidspunktet, og dersom de har levd under lite stimulerende forhold med dårlig ernæring. Tidlig pubertet rammer først og fremst jenter.

Pubertetsutviklingen starter hos piker med brystutvikling, så kjønnsbehåring, armhulebehåring og til slutt menstruasjon. Dette påvirkes av østrogenutskillelsen. Østrogenet virker også på skjelettet både direkte og via veksthormon. Det oppstår en økt skjelettmodning slik at det i løpet av puberteten kommer en vekstspurt. Om skjeletttrøntgen avviker mer enn to år fra biologisk alder, er det et uttrykk for at pubertetsutviklingen er i gang. Hos gutter starter puberteten bl.a. med at testiklene vokser, senere med genital pigmentering og vekst av penis. Ved

"Adopterte barn kommer som oftest fra land hvor pubertet inntreffer tidligere enn i Norden."

midtpubertet kommer hår i armhulen og etter hvert stemmeskifte.

Man regner at vekstspurten hos gutter gjennomsnittlig starter ved 13 års alder og hos jenter ved 11 års alder. Som nevnt henger altså vekstspurten sammen med kjønnsmodningen. En tidlig pubertet vil derfor også få konsekvens for slutt høyden. Barnet blir lavere enn hva det arvemessig skulle blitt. Man vet i tillegg at adoptivbarna som oftest kommer fra etniske grupper som i utgangspunktet er lavere enn den gjennomsnittlige norske befolkning.

Som adoptivforeldre er det viktig å være klar over dette med vekstspurten. Man kan bli beroliget ved at barnet endelig tar igjen sine jevnaldrendes høyde, mens det i virkeligheten er en akselerert modning av skjelettet. Et barn som går svært tidlig eller kommer for tidlig i pubertet, kan også få mange mentale utfordringer. En del av barna som adopteres som litt større, vil ofte få en altfor kort tid før puberteten inntreffer. De har i mange tilfeller ikke modenheten til å takle de ytre og indre endringene som skjer i denne sammenheng.

Skolehelsetjenesten har få kontroller, og mye vil nok ikke fanges opp der. Foreldrene bør selv følge med på om barnet vokser de forventede 5–6 cm i året fra 6 års alder, og om det følger sin vekstkurve. Foreldre bør også være oppmerksomme på de første tegn til pubertetsutvikling, da det er en fordel å være tidlig ute med henvisning til spesialavdeling. Selv om menstruasjon eller stemmeskifte har inntrådt, er det på sin plass med en barneleges vurdering.

Utredningen består av klinisk undersøkelse av høyde/vekt, blodprøver for bl.a. hormonanalyser og røntgenundersøkelser som røntgen av håndskjelett, ultralyd av genitalier og MR av hodet. Man vil også utelukke om det er andre årsaker til tidlig pubertet og eventuelt et foruroligende vekstmønster.

Behandlingen av for tidlig pubertet består av depotsprøyter som gis ca. hver fjerde uke. Det er svært få bivirkninger av behandlingen. Vektøkning kan ses, men først og fremst hos de som er litt lubne på forhånd. Om pubertetsutviklingen er kommet kort, kan forandringene gå helt tilbake. Behandlingen følges opp ved hjelp av legekontroller, blodprøver og eventuelt supplerende røntgenundersøkelser. Etter oppstart av behandlingen vil man se at hormonene går tilbake til verdier som ved før pubertet.

"Foreldrene bør selv følge med på om barnet vokser de forventede 5–6 cm i året fra 6 års alder, og om det følger sin vekstkurve."

"Forskning blant adopterte barn i Norge viser at de aller fleste utvikler seg helt normalt. "

AVSLUTNING

Forhåpentligvis har dette heftet bidratt til å gi en oversikt over små og store utfordringer i forbindelse med barnets bakgrunnsopplysninger og helseinformasjon.

Vi håper også at vi gjennom heftet kan bidra til at adoptivforeldre, som alle andre foreldre, benytter seg av helsesøstre, fastlege og sykehus når det skulle være behov for det.

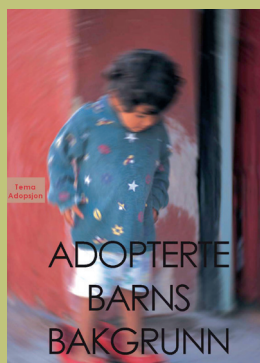
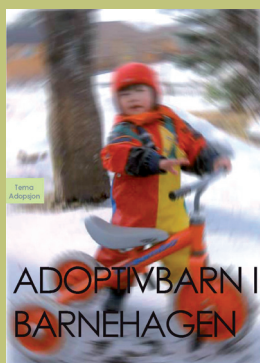
Selv om vi i dette heftet har tatt opp områder som kan by på utfordringer, betyr det ikke at det er spesielt problematisk å være adoptivforeldre eller å være adoptert. Forskning blant adopterte barn i Norge viser at de aller fleste utvikler seg helt normalt.

OM HEFTET

Temaheftet "Adopterte barn og helse" er utarbeidet av de tre adopsjonsorganisasjonene Adopsjonsforum, InorAdopt og Verdens Barn, i samarbeid med lege Frøydis Stornes ved Ullevål Universitetssykehus.

LITTERATURLISTE/KILDER

- "Adoptivfamilien", veiledningshefte for foreldre utgitt av Landsgruppen av Helsesøstre i 2006
- "Barn som trenger spesielle foreldre", temahefte utgitt av de tre adopsjonsorganisasjonene
- Lommelegen.no
- Adopsjonsforums medlemsblad om helse fra november 2010
- Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for primærhelsetjeneste
- "Helseundersøkelse og vaksinasjoner av barn fra land utenfor Vest-Europa", rundskriv IK-15/93 fra Helsetilsynet.
- "Fakta om Hepatitt A, B og C", hefte utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.
- "Internasjonelt Adopterade Barn, Hälsa och utveckling före och efter adoptionen", hefte utgitt av de svenske adopsjonsforeningene i 2001

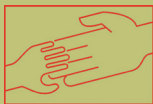


Andre temahefter

Heftene er skrevet for adoptivforeldre, helsepersonell, barnehage- og skolepersonell og andre fagpersoner familien eventuelt skulle komme i kontakt med. De fleste adopterte barn finner seg vel til rette i sine nye familier, og en del vil ikke ha behov for mer enn et hvilket som helst annet barn. Noe av det som sies kan kanskje synes selvfølgelig, men man har også sett at det som kan oppleves selvfølgelig for et barn født inn i en familie, kan være viktig å fokusere på når det gjelder et adoptert barn. Det vil alltid være en fare for å stigmatisere adopterte barn når man fokuserer særskilt på dem. Men erfaring viser også at uten kunnskap og informasjon kan reelle utfordringer lett avvises eller overses.

Vårt første "møte" med barnet er gjennom opplysningene vi mottar om barnets livshistorie, helse og bildene som følger tildelingen.

Formålet med dette temaheftet er å bidra til en bedre forståelse av hva disse bakgrunnsopplysningene og helseinformasjonen kan fortelle oss. På denne måten kan man som vordende far eller mor være best mulig forberedt og gi barnet en best mulig start på dets nye liv.



Adopsjonsforum



Verdens Barn
Children of the World



InorAdopt