

Rundskriv

IS-6/2013

Helseundersøkelser av adopterte fra land utenfor Vest-Europa

Heftets tittel: Helseundersøkelser av adopterte fra land utenfor Vest-Europa

Utgitt: 9/2013

Bestillingsnummer: IS-6/2013

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling oppvekst og aldring
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-6/2013

Forord

Formålet med dette rundskrivet er å sikre et godt og likeverdig helsetilbud for adopterte barn i alle landets kommuner. Rundskrivet tydeliggjør hvilket helsetilbud adopterte barn skal få ved ankomst til Norge. Det beskriver hva som bør gjøres av kliniske undersøkelser, omhandler aktuelle psykososiale problemstillinger, samt klargjøring av ansvar for tilretteleggingen av helsetilbudet til adopterte barn. Dette rundskrivet erstatter Rundskriv IK-15/93 fra Statens helsetilsyn Helseundersøkelse og vaksinasjoner av barn fra land utenfor Vest-Europa.

Målgruppen for rundskrivet er landets kommuneleger, fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sykehusenes barneavdelinger. I tillegg vil andre faginstanser som møter barn med utfordringer knyttet til psykisk helse, språkvansker, pedagogiske utfordringer og sammensatte problemer kunne ha nytte av det. Rundskrivet vil også være et nyttig dokument for adoptivforeldre. Barne-, ungdoms- og familieetaten og adopsjonsforeningene er også viktige målgrupper og viktige formidlere av Rundskrivet til nye adoptivforeldre.

Helsedirektoratet vil takke alle som har gitt høringsinnspill for konstruktive og gode bidrag.

Bjørn Guldvog
helsedirektør
april 2014

Innhold

Innledning	4
1 Hjemkomstundersøkelsen	6
1.1 Forhåndssamtale med fastlegen	6
1.2 Gjennomføring av hjemkomstundersøkelsen	7
1.3 Sykehistorie (anamnese)	7
1.4 Klinisk undersøkelse	8
1.4.1 Alder	8
1.4.2 Ernæringstilstand, inkludert tegn til anemi/rakitt	8
1.4.3 Fysisk og psykomotorisk utvikling	9
1.4.4 Hørsel	9
1.4.5 Mongolsk flekk	9
1.4.6 Tannhelse	10
1.4.7 Lengdevekst	10
1.4.8 Lokale infeksjoner	10
1.5 Prøvetaking	10
1.5.1 Screening for medfødte arvelige sykdommer	11
1.5.2 Undersøkelse av avføring	11
1.5.3 Ved positive funn av Hepatitt B og Hiv	11
1.5.4 Ikke rutinemessig testing for MRSA	12
1.5.5 Oversikt: Blodprøver og andre prøver ved hjemkomstundersøkelsen	12
2 Fastlegens videre ansvar	13
2.1 Oppfølging av hjemkomstundersøkelsen	13
2.2 Vekstutvikling og tidlig pubertet	13
2.3 Samordning og samarbeid	13
3 Helsestasjons- og skolehelsetjenestens ansvar	15
3.1 Hjemmebesøk og helsekontroller	15
3.2 Tuberkuloseundersøkelse	16
3.3 Vaksinasjoner	16
3.4 Høyde/vekt/hodeomkrets	17
3.4.1 Vekstutvikling og tidlig pubertet	18
3.5 Syn, hørsel og språk	18
3.6 Psykisk helse og psykososiale problemstillinger	18
3.6.1 Identitetsutvikling	19
3.6.2 Tilknytningsproblemer	19
3.6.3 Søvnvansker	20
3.7 Oppfølgingsrapport om barnet til opprinnelseslandet	21
4 Kilder og litteratur	22

Innledning

Utenlandsadopsjonene økte jevnt fra slutten av 1960-tallet og frem mot årtusen-skiftet, men har fra 2006 falt fra 600-800 per år til 300-350 per år. Det har ikke vært færre utenlandsadopsjoner enn det er nå siden slutten av 1970-tallet. I perioden 2000-2011 var de største opprinnelseslandene Kina, Colombia, Sør Korea og Etiopia. De fleste barna var under to år ved ankomst, rundt 30 % under ett år, og seks av ti var jenter. Over tid har det vært en klar økning av barn som var fire år eller eldre ved ankomst til Norge. Tendensen de senere år er at det kommer flere barn med spesielle behov som vil trenge ekstra oppfølging, ikke minst knyttet til psykisk helsevern. Disse er gjennomgående eldre, det er flere søskengrupper blant dem, og en del av barna har opplevd alvorlig omsorgssvikt, rusrelaterte skader osv. Til sammen er det over 19 000 utenlandsadopterte i Norge (1). For oppdatert statistikk se Statistisk sentrabyrås nettsider: sbs.no/adopsjon.

Det er viktig at barn som kommer til Norge så snart som mulig kommer i kontakt med helsetjenesten. Hensikten er både å opprette en trygg og god relasjon til fastlegen og helsestasjonen og å avdekke og behandle infeksjonssykdommer, mangelsykdommer og utviklingsfeil, og å gi råd om forebyggende tiltak som vaksinasjoner o.l.

Studier fra ulike land har vist en relativt høy forekomst av sykdom blant utenlandsadopterte barn. Noen sykdommer eller plager opptrer hyppig og kan som oftest enkelt behandles. Andre sykdommer forekommer sjelden, men vil kunne være skadelig for barnets helse og utvikling. Barnet kan også utgjøre en smitterisiko overfor familie og nærmiljø. Det er derfor viktig å avdekke og behandle eventuell sykdom for å unngå uheldige konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet. En del av de adopterte barna har hatt vanskelige oppvekstforhold. Alle har opplevd ett eller flere relasjonsbrudd. Barnas psykiske helse må derfor vies særlig stor oppmerksomhet.

Det er kommunen som er ansvarlig for at adopterte blir gitt et tilbud som er i samsvar med gjeldende retningslinjer og intensjoner. Erfaringer har vist at disse barna ikke alltid har vært ivaretatt godt nok i sitt første møte med helsetjenesten, og at det har vært for tilfeldig hvilke undersøkelser som har blitt gjort av adopterte som kommer til Norge. Det har til dels vært store lokale variasjoner i tilbudet som er blitt gitt.

Adopterte har ofte "falt mellom to stoler" fordi de fleste blir norske statsborgere før de kommer til Norge. Adoptivfamiliene har ikke fått en rutinemessig oppfølging på lik linje med asylsøkere og flyktninger, og mange har heller ikke fått den oppfølgingen eller det tilbudet som nybakte foreldre i Norge får.

Dette rundskrivet er ment å legge et grunnlag for samme systematiske oppfølging av barn som er adoptert og deres foreldre. Formålet med rundskrivet er også å styrke kvaliteten på de kommunale helsetjenestene og å redusere de regionale variasjonene. Små kommuner bør etablere interkommunalt samarbeid der hvor den enkelte kommune ikke klarer å etablere et hensiktsmessig oppfølgingstilbud på egen hånd.

Et overordnet mål med rundskrivet er at adopterte barn skal få like god oppfølging som andre barn i Norge. Et likeverdig og ikke-diskriminerende tilbud innebærer imidlertid at like tilfeller skal behandles likt. Erfaringen med adoptivbarn fra ikke-vestlige europeiske land, er at de kliniske undersøkelsene og de psykososiale problemstillinger som kan være aktuelle, neppe kan sies å være typiske for barn i Norge generelt. Oppfølgingen av adoptivbarn bør derfor være like god som oppfølgingen som tilbys andre barn i Norge i en tilnærmet lik situasjon.

Likeverdige helsetjenester innebærer at alle skal ha samme tilgang til tjenester av like god kvalitet. Tjenestene skal være tilpasset den enkeltes behov. Likeverdige tjenester kan innebære forskjellig behandling for å unngå diskriminering. Det kan enkelte ganger være nødvendig med ekstra målrettet innsats i forhold til en gruppe.

Adopterte barn er som alle barn unike, og må møtes ut fra sine behov – små som store. Noen av disse behovene er adopsjonsrelaterte, mens andre er mer generelle utfordringer knyttet til barns utvikling.

1 Hjemkomstundersøkelsen

1.1 Forhåndssamtale med fastlegen

Adoptivforeldrene bør ha en forhåndssamtale med fastlegen før barnet kommer til landet. Samtalen bør finne sted etter at foreldrene har mottatt tildelingspapirene som blant annet inneholder helseopplysninger om barnet. Formålet med samtalen er å forberede fastlegen på at det vil komme et barn og at familien vil kunne trenge litt ekstra oppfølging når barnet kommer, samt å gi fastlegen innsikt i foreliggende helseopplysninger. Et annet formål med forhåndssamtalen er å forberede foreldrene på hva fastlegen skal eller kan bidra med i oppfølgingen av barnet, og å gi adoptivforeldrene anledning til å ta opp aktuelle problemstillinger og få svar på helse-relaterte spørsmål.

Adoptivforeldre bør også kunne kontakte fastlegen for råd og veiledning og for videre henvisning til spesialist i forhold til å vurdere forespørsler om tildeling av barn med spesielle behov. Informasjonen fra opprinnelseslandet om barnets bakgrunn, fysiske og psykiske helse varierer, og ikke all informasjonen er nødvendigvis korrekt. Fastlegen har en viktig rolle i å tolke og formidle medisinsk informasjon til foreldrene og eventuelt gi råd om det er nødvendig å innhente mer informasjon før de samtykker til adopsjonen. Fristen for å samtykke er ofte kort. Det bør avsettes tilstrekkelig tid til gjennomgang av barnets dokumenter, før foreldrene gir sitt informerte samtykke til tildeling av barnet.

I saker som gjelder barn med behov for spesiell støtte er det ikke tilstrekkelig at bare adoptivsøkerne samtykker til adopsjon av barnet. Adopsjonsforeningene skal også forelegge saken for norske adopsjonsmyndigheter for godkjenning før endelig samtykke til opprinnelseslandet kan gis. Dette innebærer at adoptivsøkere ikke alltid vil få norske myndigheters tillatelse til å adoptere et bestemt adoptivbarn med spesielle behov. I slike tilfeller vil søkerne få mulighet til å adoptere et annet barn, men vil måtte vente på forslag fra opprinnelseslandet om en ny tildeling.

Kopi av foreliggende helseopplysninger om barnet bør oppbevares hos fastlegen. Hvis det skulle vise seg å være uklarheter rundt barnets helsetilstand når foreldrene reiser for å hente barnet, kan det være en hjelp å kunne kontakte fastlegen og spørre om råd.

Adopsjonsforeningene orienterer foreldrene om muligheten for å be om en forhåndssamtale med fastlegen. Adopsjonsforeningene vil også informere adoptivforeldrene om at de har ansvar for å bestille time for hjemkomstundersøkelsen hos fastlegen.

1.2 Gjennomføring av hjemkomstundersøkelsen

Det er adoptivforeldrene som velger fastlege for barnet. Dersom fastlege ikke velges, får barnet samme fastlege som mor.

Hjemkomstundersøkelsen bør så langt råd er foretas hos barnets fastlege innen to uker etter ankomst. Fastlegen bør ha en lav terskel for å henvise spesielle helsemessige problemstillinger til pediater (spesialist i barnesykdommer).

Helsepersonell har ansvar for å vurdere behov for og bestille kvalifisert tolk i møte med personer med begrensede norskkunnskaper. Se [IS-1924 Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#) (Helsedirektoratet 2011). En del av de adopterte barna har et etablert språk når de ankommer Norge. Kvalifisert tolk skal benyttes der dette er nødvendig for å få en fullgod undersøkelse og kontakt med barnet.

Tilgjengelig informasjon om tidligere undersøkelser, vaksinasjoner og behandlinger må vurderes. Det varierer betydelig fra land til land hvor mye informasjon foreldrene får om barnets bakgrunnshistorie og hvor mange medisinske opplysninger som foreligger, inklusiv vaksinasjonsstatus. Slike opplysninger kan gi et bilde av barnets helsetilstand på tildelingstidspunktet, og kan gi et bilde av hvordan barnet har utviklet seg siden fødselen.

Det må tas hensyn til hvor barnet kommer fra og hva slags forhold det har levd under. Årsakene til at foreldre velger å adoptere bort sine barn er flere. For de fleste er utsiktene til at barnet kan få en bedre fremtid en viktig faktor. Omsorgssvikt kan også være grunnen til at enkelte barn blir fristilt for adopsjon. En vanskelig økonomisk situasjon og/eller mangel på tilgang til helsetjenester som kan bidra til at barn med helseproblemer får et bedre liv, kan føre til at foreldre som ikke makter den ressurskrevende oppfølgingen, velger å sende barnet fra seg. I tillegg kan psykiske helseproblemer og fysiske funksjonsnedsettelse være tabubelagte i barnets opprinnelsesland.

I mange av opprinnelseslandene kan mødrene ha vært utsatt for feilernæring/underernæring i svangerskapet, uten at dette fremkommer av de oversendte papirene. Dette er en underliggende risiko som fastlegen bør ha i mente. Rusrelaterte skader på fosteret er også mer vanlig i enkelte opprinnelsesland.

1.3 Sykehistorie (anamnese)

I anamnesen vektlegges:

- adoptivforeldrenes observasjoner (også når det gjelder psykisk helse og psykososiale problemstillinger)
- barnets bakgrunn (svangerskap, fødsel, barnehjem, fosterhjem, foreldre/søsken)
- eventuelt forhold vedrørende familien (både biologisk familie og adoptivfamilie)
- tidligere sykdommer
- helseplager etter ankomst Norge: Diare (tarmpatogene bakterier, parasitter?), luftveisinfeksjon (obs. resistente mikrober), kløende hudutslett (skabb?).

Klinisk undersøkelse

Ved den kliniske undersøkelsen vurderes:

- barnets kontaktevne
- vanlig status av nakent barn
- generell organstatus, som inkluderer observasjoner av
 - hud (pyodermier, ukarakteristisk utslett kan være kronisk skabb)
 - tegn på rakitt (engelsk syke)
 - hår (lus?)
 - otoskopi/øyne (sensedefekter; syn/hørsel)
 - tannutvikling
 - kjønnsorganer
 - medfødte misdannelser
 - fysisk og psykomotorisk utvikling
 - ernæringsstatus
- helhetsinntrykket av barnet.

Flere av punktene ovenfor vil det i praksis være helsestasjonen som følger opp over tid, i jevnlig dialog med foreldrene og via undersøkelse/vurdering av barnets utvikling. Er det spesielle forhold ved barnet/familien som uroer fastlegen, tilrås snarlig henvisning til pediater for videre oppfølging. Det kan for eksempel dreie seg om svært urolig barn, spisemønster/ernæringstilstand, manglende ordlyder eller dårlig kontaktevne. Det er viktig at helsestasjonen blir holdt orientert. Enkelte forhold vil det kunne være for tidlig å avgjøre om vil trenge oppfølging allerede ved hjemkomstundersøkelsen, men vil kunne avkrefte/bekreftes gjennom den regelmessige kontakten med helsestasjonen.

1.4.1 Alder

Det er viktig at barnets alder vurderes ut fra vekst og psykomotorisk utvikling. Ved tvil om barnets alder bør vurderingen utvides med en undersøkelse av tannutvikling og skjelettalder. Tann- og skjelettalder har begge store biologiske variasjoner. Barn som skal utredes, bør henvises til pediater fordi røntgenundersøkelsen av tenner og skjelett alene ikke gir grunnlag for fastsettelse av alder.

1.4.2 Ernæringstilstand, inkludert tegn til anemi/rakitt

Feil- /underernæring kan føre til at motoriske ferdigheter er forsinket og barnet kan ha svekket styrke og kondisjon. Det kan også føre til problemer i forhold til læring og emosjonelle forhold. Ekstrem underernæring kan blant annet føre til lærevansker/hjerneskade. Selv om barnet tilsynelatende kan se ernæringsmessig godt ut, kan det ha lidd av feilernæring som kan ha helsemessige konsekvenser, for eksempel i form av anemi (blodmangel) eller rakitt (engelsk syke).

Melkesukkerintoleranse (laktose) ses hyppig, spesielt hos barn fra Asia og Sør-Amerika. På verdensbasis er laktoseintoleranse vanligere enn at man tåler laktose. Spesiell oppmerksomhet bør derfor vies overgangen til et melkebasert kosthold som det norske. Ved magebesvær med diaré ved inntak av større mengder melk, kan foreldrene tilpasse kosten med laktosereduserte melkeprodukter og justere inntaket av melkeholdige produkter uten at det er behov for utredning ved barnemedisinsk

poliklinikk. Hvis det er ønskelig med nærmere diagnostikk (det er sjelden nødvendig) kan det tas genprøve hos fastlegen.

Adopterte barn kan ha et vanskelig forhold til mat; noen overspiser eller hamstrer. Mange tilpasser matinntaket forholdsvis raskt når de får faste rutiner og små, hyppige måltider. Vedvarer problemene er det aktuelt med henvisning til pediater. Det kan også bli aktuelt å søke hjelp hos ernæringsfysiolog, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) etc. Ved mistanke om rakitt tilrås snarlig henvisning til pediater.

1.4.3 Fysisk og psykomotorisk utvikling

Adopterte barn kan være noe forsinket i sin psykomotoriske utvikling som følge av følelsesmessig og/eller fysisk understimulering. Ved mistanke om forsinket psykomotorisk utvikling er det viktig ikke å skape unødig uro, men å la barnet få litt tid på seg i nye omgivelser. Ofte vil barnet i sitt nye hjemmemiljø med mye kjærlighet og stimulering, ta igjen disse forsinkelsene innen relativt kort tid. Det kan enkelte ganger være aktuelt med henvisning til fysioterapeut for en vurdering og eventuelle råd om trening. Det kan også være aktuelt med henvisning til Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT) eller Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Dersom barnet ikke viser en jevn opphenting av aldersadekvate ferdigheter etter at det er kommet i adoptivfamilien, bør fastlegen henvise barnet til spesialisthelsetjenesten for vurdering. Noen helsestasjoner har tilknyttet personell med spesialkompetanse som det kan være hensiktsmessig å benytte.

1.4.4 Hørsel

Det er viktig at barnets hørsel blir undersøkt. Barn som fødes i Norge har tilbud om nyfødtscreening for hørselstap med OAE (otoakustiske emisjoner). Denne undersøkelsen kan gjøres opp til 6 års alder og anbefales gjennomført for adopterte. Audiometri (hørselsmåling) gjøres i forbindelse med 4-årskontrollen på helsestasjonen. Ved audiometri er en avhengig av barnets forståelse og medvirkning. Barnet henvises eventuelt til hørselssentral for videre utredning og eventuell behandling. Formålet er å fange opp nedsatt hørsel så tidlig som mulig. Dårlig hørsel kan ha store ringvirkninger for barnets språk- og psykomotoriske utvikling.

1.4.5 Mongolsk flekk

Mongolske flekker er flate pigmentflekker, ofte med uregelmessige kanter, og har en mørkebrun, gråaktig eller blåsort farge. Flekkene kan finnes nederst på korsryggen/baken, men også på skuldre, armer og ben hos spedbarn. Jo mørkere barnet er i huden, desto vanligere er fenomenet. Det anbefales å beskrive nøye i journalen hvor flekkene er.

Mongolske flekker blekner ofte i løpet av de to første leveårene og blir helt borte innen skolealder. Fordi flekkene kan se ut som blåmerker er det viktig at de som

omgås barnet til vanlig, blir informert om de mongolske flekkene. Dermed kan man unngå misforståelser om barnemishandling.

1.4.6 Tannhelse

Fastlegen bør ved hjemkomstundersøkelsen rutinemessig sende henvisning til tannhelsetjenesten for oppfølging av barnet (uansett barnets alder).

Adopterte kan ha andre og større tannhelseproblemer enn barn født i Norge. Det er derfor viktig at adopterte barns munnhelse undersøkes for å kartlegge tannstatus og for å avdekke behandlingstrengende sykdom, samt for å gi råd om tannhygiene og forebyggende tiltak. Barn kan også fremstå med god tannhelse ved ankomst-tidspunktet, men den store forandringen for barnet – også når det gjelder ernæring og kosthold – kan innebære en risiko for tannhelsen.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å gi et oppsøkende og regelmessig tilbud til barn og unge 0-18 år. Normalt er det helsestasjonen som foretar munnundersøkelse av barn under 3 år, og henviser til den offentlige tannhelsetjenesten ved mistanke eller usikkerhet om det kan foreligge tannsykdom. Helsestasjonen skal ha rutiner for samarbeid med tannhelsetjenesten. Ved spesielle behov for behandling eller utredning av sykdomstilstander, kan barnet henvises til spesialist i barnetannpleie eller andre spesialister.

Når det gjelder adopterte barn over 3 år, kan det ta tid før de kommer inn i tannhelsetjenestens navnerregister og blir innkalt til time. Det er derfor viktig med gode rutiner som sikrer at informasjon om barnets eksistens sendes den tannklinikken barnet hører til, slik at adopterte får undersøkt sin orale helse ikke lenge etter ankomst til landet.

1.4.7 Lengdevekst

En del momenter vedrørende lengdevekst bør nevnes for foreldrene ved hjemkomstundersøkelsen for å gjøre dem mentalt forberedt på at enkelte adopterte barn er/blir kortvokste (genetisk kortvoksthet, kronisk underernæring, tidlig pubertet/tidlig vekstspurt/lav slutthøyde). Eventuell utredning vil først bli aktuelt når barnet nærmer seg puberteten, eventuelt litt før. Se også pkt. 2.2.

1.4.8 Lokale infeksjoner

Ved lokale infeksjoner, for eksempel i luftveier og hud, skal det tas bakteriologisk prøve før eventuell antibiotikabehandling.

1.5 Prøvetaking

Ved prøvetaking må man ta hensyn til hvor og under hva slags forhold barnet har levd før det kom til landet. Helsedirektoratet anbefaler at undersøkelsene som listes opp i avsnitt 1.5.5 gjennomføres. Ved tegn på sykdom/nedsatt allmenntilstand bør prøvene eventuelt suppleres med andre prøver ut fra vanlig klinisk vurdering.

1.5.1 Screening for medfødte arvelige sykdommer

Alle nyfødte barn i Norge screenes for 23 sjeldne, medfødte, arvelige sykdommer (med foreldrenes informerte samtykke). Det anbefales at en tilsvarende undersøkelse gjøres på adopterte, selv om enkelte av tilstandene kan være vanskelig å påvise hos eldre barn. Barn med for eksempel mild PKU (fenyلكetonuri), mildere form av medfødt hypotyreose, cystisk fibrose eller congenital adrenal hyperplasi kan se friske ut, og kan lett overses, hvis de ikke screenes. Prøvene må utføres på ordinære filterkort for nyfødtscreening og sendes Nyfødtscreeningen ved Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, for analyse. Fastlegen må rekvirere filterkort fra nyfødtscreeningen: www.oslo-universitetssykehus.no/nyfodtscreeningen

1.5.2 Undersøkelse av avføring

Parasitter og mark i gastrointestinaltraktus kan medføre malabsorpsjon og underernæring hos barnet. Det anbefales derfor at barnet undersøkes med avføringsprøve for *Giardia lamblia* og innvollsmark slik at både syke barn (dersom barnet viser dårlig vekst og trivsel, har anemi e.l.) og asymptomatiske barn kan motta behandling. Undersøkelser for *Giardia lamblia* har ofte lav sensitivitet og én negativ prøve har begrenset verdi. Ved negativ prøve for *Giardia* bør det derfor tas ytterligere tas 2 avføringsprøver med 2-3 dagers mellomrom. Rutineundersøkelser for tarmbakterier eller virus i avføring hos personer som ikke har symptomer på tarminfeksjon anbefales normalt ikke. Sjansen for å påvise bakterier eller virus av klinisk betydning er liten og de fleste kvitter seg med disse over tid uten behandling.

1.5.3 Ved positive funn av Hepatitt B og Hiv

Ved påvisning av HBsAg/HBeAg skal familien (samme husstand) tilbys hepatitt B vaksine. Funn av hepatittmarkører bør føre til utredning av leverfunksjon og videre avtale om oppfølging. Se for øvrig også IK-2339 *Retningslinjer for barnehager om smitteforebyggende tiltak mot hepatitt B*. Det vises også til faglige retningslinjer for hepatitt B fra Norsk barnelegeforening sin *Generell veileder i pediatri* og Folkehelseinstituttets smittevernbok om hepatitt B hvor vaksinasjon og blant annet dekning av utgifter presiseres.

Sjansen for at et adoptert barn fra land utenfor Vest-Europa er hiv-positiv er tilstede, og alle adopterte barn bør derfor hiv-testes. Dette krever samtykke fra foreldrene. For at samtykket skal være gyldig, må foreldrene ha fått nødvendig informasjon om fordeler og ulemper ved å få konstatert at barnet har eller ikke har hiv og innholdet i den helsehjelpen som kan tilbys dersom barnet er hiv-positiv. I dag finnes tilgjengelig og effektiv behandling som gjør at også hiv-positive barn vil kunne leve tilnærmet normalt. Den medisinske gevinsten ved å diagnostisere hiv-bærerskap i en fase uten symptomer, eller i en tidlig symptomgivende fase, er derfor betydelig sammenliknet med å diagnostisere langt fremskredet sykdom. Det er viktig at dette vektlegges sterkt når testing for hiv tas opp med foreldrene. (Se også punkt 3.3). Det skal fremgå av barnets journal hvilken informasjon som er gitt til foreldrene.

Ved påvist hiv-positivitet gis informasjon og oppfølging i samsvar med de faglige retningslinjene fra Norsk barnelegeforening sin *Generell veileder i pediatri*. Tilbudet må også omfatte psykososiale støtteordninger.

1.5.4 **Ikke rutinemessig testing for MRSA**

Utenlandsadopterte barn har en større risiko for å bli meldt med MRSA-infeksjon (gule stafylokokker som er motstandsdyktige mot enkelte typer antibiotika) enn barn født i Norge (2). Fra nasjonalt hold er det imidlertid ikke gitt anbefalinger om å ta MRSA-prøver av alle barn adoptert fra utlandet. Et unntak er barn som har foreldre som arbeider i helseinstitusjon. Disse barna bør screenes for MRSA ved ankomst, og foreldrene bør være informert om smitteverntiltak inntil prøvesvar foreligger. Videre skal alle barn som i løpet av de siste 12 månedene er blitt adoptert fra utlandet undersøkes for MRSA ved innleggelse i sykehus.

For barn som ellers er friske, er det å være bærer av MRSA i seg selv lite farlig. Det er heller ikke farlig for nære kontakter som er friske. Bærerskap kan i enkelte tilfeller være vanskelig å bli kvitt. Hvis det ved testing viser seg at et barn er MRSA-positiv ved ankomst, kan det skape unødig bekymring hos foreldrene, spesielt i de tilfeller der saneringsforsøk ikke er vellykket.

Barn med MRSA bør leve sitt liv på en normal måte uten restriksjoner i forhold til deltakelse i barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Smittefrykt kan virke sterkt hemmende i integreringsprosessen og kan bidra til stigmatisering av utenlandsadopterte barn.

1.5.5 **Oversikt: Blodprøver og andre prøver ved hjemkomstundersøkelsen**

Blodprøver

Hemoglobin (hgb)
Differensialtelling pluss MCV og MCHC

Kreatinin
ALAT (eventuelt også ASAT)
Ferritin
TSH + FT4
CRP – bare ved mistanke om infeksjon
ALP, Ca og Fosfor ved mistanke om rakitt

Serologi

Hepatitt B (HbsAg, anti-HBs og anti HBc).
(Ved positiv HbsAg/HbeAg skal ikkevaksinerte familiemedlemmer vaksineres mot Hepatitt B.)

Hepatitt C
Hiv (etter vanlige retningslinjer og informert samtykke fra foreldrene)
Lues

Filterblodprøve for 23 arvelige sykdommer (Nyfødtscreening)

Urin

Urin stix, micro, eventuelt bakteriologisk undersøkelse.
Vedvarende avvik, for eksempel hematuri, henvises for videre utredning.

Avføringsprøver (se avsnitt 1.5.2)

Tuberkuloseundersøkelse (gjennomføres i regi av helsestasjon, se avsnitt 3.2)

2 Fastlegens videre ansvar

2.1 Oppfølging av hjemkomstundersøkelsen

Det vil i stor grad være fastlegen som følger opp eventuelle funn fra hjemkomstundersøkelsen. Det er viktig med en snarlig oppfølging av prøvesvar og en lav terskel for videre henvisning til pediater. Fastlegen vil fremover også ha en sentral rolle i oppfølging av barnet og adoptivfamilien.

2.2 Vekstutvikling og tidlig pubertet

En spesiell utfordring gjelder vekstutvikling og tidlig pubertet. Jenter adoptert fra utviklingsland kommer ofte tidlig i puberteten og kan dermed få en lav slutt høyde. En hurtig innhentingsvekst er typisk for jenter med tidlig pubertetsutvikling. Som tidlig pubertet (pubertas precox) regnes pubertetsutvikling som starter før 8 års alder hos jenter og før 9 års alder hos gutter.

Barnets lengde i forhold til alder ved adopsjonstidspunktet, rask innhentingsvekst og tegn på tidlig pubertet er viktige indikatorer for medisinsk vurdering. Barnet skal i disse tilfellene henvises til pediater.

2.3 Samordning og samarbeid

Det er av stor betydning at det etableres et godt samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten (helsestasjonslegen og helsesøster) og fastlegen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et forskriftsfestet ansvar for å samarbeide med fastlegene (Forskrift av 3. april 2013 nr. 450).

Det er hensiktsmessig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har rutiner for å sende kopier av henvisninger, epikriser (sammenfatning av journalopplysninger) etc. til fastlegen, og at fastlegen har tilsvarende rutiner. Slik utlevering av taushetsbelagte helseopplysninger mellom de nevnte instanser krever samtykke fra foreldrene og skal bare skje i den grad det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til det adopterte barnet (jfr. helsepersonelloven § 45). Dersom foreldrene samtykker, må epikrisen inneholde alle relevante opplysninger om barnets helse og forhold i familien som er nødvendige for den videre helseoppfølgingen av barnet som skal skje via fastlegen eller helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Fastlegen bør trekkes med/delta på eventuelle tverrfaglige møter rundt barnet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er helsestasjons- og skolehelsetjenesten som har ansvar for å kalle inn til disse samarbeidsmøtene. Det kan være

en fordel om samarbeidet nedfelles i forpliktende samarbeidsavtaler mellom fastlegen og kommunen/helsestasjonen.

Det er ikke minst viktig med samordning og samarbeid når det gjelder utfordringer knyttet til psykisk helse og psykososiale problemstillinger som tilknytning, identitet og pubertetsutvikling. For noen adopterte barn vil pubertet og ungdomstid representere en epoke hvor identitetsproblematikk kan bli særlig utfordrende. Studier viser at det er en større forekomst av psykiske symptomer og hyppigere kontakt med psykiatrien blant adopterte barn/ungdom enn andre barn/ungdom (3-9).

For å sikre at adopterte barn senere i barndommen og rundt puberteten får den oppfølgingen/rådgivningen de eventuelt har behov for, bør fastlegen være aktiv overfor adopterte barn. Problemstillingene som omtales i avsnitt 3.6 (psykisk helse og psykososiale problemstillinger) er det derfor like mye fastlegens ansvar å følge opp som helsestasjons- og skolehelsetjenestens.

Fastlegen skal i likhet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten ha fokus på både helsefremmende og forebyggende arbeid og på kontinuitet i oppfølgingen. Dette kan innebære foreldrerådgivning og veiledning til den adopterte over flere år.

Fastlegen har ansvar for:

- Gjennomføring av hjemkomstundersøkelsen innen to uker etter at barnet er kommet til landet (se også oversikten over prøver i avsnitt 1.5.5).
- Sammen med innkalling til/avtale om hjemkomstundersøkelsen be om at det tas med avføringsprøve og urinprøve, samt all relevant helseinformasjon og vaksinasjonskort.
- Vurdere behov for og bestille kvalifisert tolk.
- Henvise til hørselssentral for hørselskontroll.
- Henvise til tannhelsetjenesten for kontroll (uansett barnets alder).
- Sende journalutdrag til helsestasjonen/skolehelsetjenesten umiddelbart etter gjennomført hjemkomstundersøkelse. Samtykke fra adoptivforeldrene må først innhentes.
- Henvise videre ved eventuelle funn som skal utredes i spesialisthelsetjenesten.
- Vurdere psykisk helse og psykososiale problemstillinger.
- Vurdere vekstutvikling og pubertet.
- Bidra til gode rutiner for samarbeid med helsestasjonen/skolehelsetjenesten for å sikre god informasjonsutveksling og oppfølging av barnet.

3 Helsestasjons- og skolehelsetjenestens ansvar

Barnet må snarest mulig komme inn i det ordinære helsestasjonstilbudet etter at hjemkomstundersøkelsen er utført. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten spiller en sentral rolle i det helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeidet, og er nøkkelinstanser i oppfølgingen av adoptivfamilien. I sitt møte med det adopterte barnet og foreldrene bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, trygghet og respekt.

Det er adoptivforeldrenes ansvar å ta kontakt med helsestasjonen eller skolehelsetjenesten og informere om at barnet har kommet til landet. Adopsjonsforeningene vil orientere foreldrene om dette ansvaret. Adoptivforeldrene bør oppfordres til å ta kontakt med helsestasjonen på forhånd slik at de er informert om barnet som skal komme, og dermed er bedre forberedt.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et ansvar for å samarbeide med fastlegene og kalle disse inn til samarbeidsmøter ved behov.

3.1 Hjemmebesøk og helsekontroller

Helsestasjonen skal tilby hjemmebesøk tilsvarende det tilbudet andre nybakte foreldre får. Foreldrene bør også tilbys hjemmebesøk fra helsesøster i forkant av hentereisen. Med et hjemmebesøk i forkant er kontakten etablert, foreldrene får avklart hva helsestasjonen skal bidra med i oppfølgingen av barnet og helsesøster bidrar dermed både til å trygge foreldrene og sikre tidlig kontakt. Helsestasjonen bør også vurdere å tilby ekstra hjemmebesøk den første tiden etter barnets ankomst, eller å foreta noen av konsultasjonene i hjemmet, dersom barnet preges av uro eller engstelse etter omsorgsovertakelsen.

Helsestasjonen bør planlegge kontroller ut fra hjemkomstdato og ikke fødselsdato. Den første konsultasjonen bør skje innen tre uker etter barnets hjemkomst. Det er en fordel at barnet har vært på hjemkomstundersøkelsen hos fastlegen først. For barn som ankommer etter første leveår, bør det være strukturerte intervaller med helsestasjonsbesøk som da vil være flere enn for norskfødte i samme alder (f.eks. 3-6 måneders intervaller). Disse konsultasjonene gis i tillegg til de ordinære konsultasjonene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Formålet er å sikre en god medisinsk og psykososial oppfølging. Det er viktig å foreta en individuell vurdering og tilby tettere oppfølging ved behov.

Det vises til de nasjonale anbefalingene i *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, IS-1154 (2003) og de kommende nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som vil erstatte veilederen. Videre vises det til *Adoptiv-*

familien. *Veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Landsgruppen av helsesøstre, 2006).

3.2 Tuberkuloseundersøkelse

Adopterte barn fra områder med høy forekomst av tuberkulose skal undersøkes for tuberkulose. Undersøkelsen omfatter tuberkulintesting (Mantoux-test) som avleses etter 72 timer. Alternativt kan IGRA test (Quantiferon®) brukes som eneste test. Hvis Mantoux er positiv (6 mm eller mer), skal det tas en IGRA blodtest. Hvis IGRA er positiv, skal barnet henvises for røntgen thorax og videre undersøkelse. Hvis barnet har symptomer henvises barnet direkte til barneavdeling etter telefonisk konferanse med spesialist. BCG vaksine er ikke aktuelt dersom barnets nye familie kommer fra Norge eller et annet land med lav forekomst av tuberkulose.

Den henvises til [tuberkuloseforskriften](#) og Folkehelseinstituttets [tuberkuloseveileder](#). Se også Norsk barnelegeforening sin *Generell veileder i pediatri* som omtaler spesifikt tuberkulose hos barn.

Adopsjonsforeningene gir gjennomgående god informasjon til blivende adoptivforeldre om kravet til tuberkuloseundersøkelse.

3.3 Vaksinasjoner

Foreldrene har ofte mottatt opplysninger om vaksinasjoner som er gitt i opprinnelseslandet, men vaksinasjonskortet kan være mangelfullt utfyllt. Det kan også være usikkerhet knyttet til om vaksinene som er gitt tilsvarer de vi bruker i Norge, eller om barnet har fått tilstrekkelig antall doser.

Vaksinasjonskort fra andre land kan inneholde ukjente vaksinenavn. Ved å skrive det ukjente vaksinenavnet fra vaksinasjonskortet som søkeord i en av de store søkemotorene på internett, er det ofte mulig å finne fullstendige opplysninger om vaksinen og bruken av den i det landet barnet kommer fra.

Ved dokumenterte vaksiner fortsetter programmet til fullvaksinering. Ved mangel på pålitelig dokumentasjon starter vaksineringen på nytt i henhold til det norske barnevaksinasjonsprogrammet, uten hensyn til tidligere mulige doser. Eventuelle overtallige doser er ikke skadelige.

Når det gjelder vaksinasjon av barn som har flyttet til Norge, viser Folkehelseinstituttet til at anslagsvis 30-40 % av adopterte fra Kina har dårligere vaksineimmunitet enn det som forventes på grunnlag av dokumenterte vaksinedoser. Dette kan ha sammenheng med mindre immunogene vaksineprodukter, brudd på kuldekjeden, genetiske faktorer i befolkningen eller feil utfylte vaksinasjonskort. Folkehelseinstituttet mener det bør vekke mistanke hvis angitte vaksinasjonsdatoer er lite sannsynlige. Originale vaksinasjonskort som ser ut til å være fylt ut i ettertid, kan også være mistenkelige. BCG-arr og hepatitt B-antistoff kan brukes som indikatorer for å vurdere sannsynligheten for om barnet er vaksinert: Hvis funnene stemmer med attestasjonen for de to vaksinene, er det sannsynlig at attestasjonen

for de andre vaksinerne også er riktig. Derimot kan ikke negative funn bevise at barnet er uvaksinert. I tvilstilfeller anbefaler Folkehelseinstituttet å tilby ny basisvaksinasjon.

Vaksiner gitt i fødelandet skal registreres i SYSVAK. Hvis eksakt vaksinasjonsdato mangler, kan fiktiv vaksinasjonsdato for DTP-, polio-, Hib-, pneumokokk- og hepatitt B-vaksine settes til fødselsdato pluss to måneder (eller fødselsdato pluss en måned avhengig av vaksinasjonsprogrammet i barnets opprinnelsesland). Er det gitt to eller tre doser kan samme dag i påfølgende måned(er) settes som fiktiv dato. (Se www.fhi.no under [SYSVAK](#) → registrering – skjema).

BCG-vaksine skal ikke gis til hiv-positive fordi vaksinen inneholder levende mykobakterier som forblir i kroppen og kan føre til alvorlig sykdom hvis barnet senere utvikler AIDS. Det er blant annet derfor det er så viktig at barna blir hiv-testet. MMR-vaksine, som er en levende virusvaksine, tåles godt av hiv-positive, også av personer med symptomer på immunsvikt. Derimot kan meslings sykdom få et meget alvorlig forløp.

For informasjon om tilpasning til det norske barnevaksinasjonsprogrammet, se *Vaksinasjonsboka* på www.fhi.no, kap. 1.5 om [Barnevaksinasjonsprogrammet](#). Folkehelseinstituttet kan gi nærmere rådgivning om smittevern på telefon: 21 07 70 00.

3.4 Høyde/vekt/hodeomkrets

Mange utenlandsadopterte barn har lavere vekt enn norskfødte barn på samme alder. Enkelte kan være svært feilernære til tross for tilnærmet normalt utseende. Dette kan blant annet skyldes barnets biologiske forutsetninger, at det har levd under mindre tilfredsstillende omsorgsforhold og/eller sviktende medisinsk oppfølging.

Det er det norske percentilskjemaet (fra WHO) som rutinemessig skal benyttes, men det er viktig å ta hensyn til barnets egen vekstkurve. I spesielle tilfeller kan eventuelt et percentilskjema fra barnets hjemland være et supplerende hjelpemiddel hvis dette følger med i papirene fra hjemlandet.

Både gutter og jenter får ofte en innhentingsvekst i løpet av det første året etter adopsjonen. Barnet vil da følge en ny vekstkurve. Dersom innhentingsveksten ikke stabiliserer seg i løpet av de to første årene etter adopsjonen, skal barnet henvises til pediater for oppfølging.

Fordi mange av barna kommer fra land hvor det er økt arvelig disposisjon for diabetesutvikling kan foreldrene ha nytte av ernæringsråd. Et kosthold med mye raske karbohydrater kan gi uheldig vektøkning og dermed fremme tidlig pubertetsutvikling.

3.4.1 Vekstutvikling og tidlig pubertet

Jenter adoptert fra utviklingsland utgjør en gruppe barn som har økt risiko for å komme tidlig i puberteten og dermed også få lav slutthøyde. Det er viktig at helsestasjonen/skolehelsetjenesten er oppmerksom på dette. Se ellers avsnitt 2.2.

3.5 Syn, hørsel og språk

Barnet skal ha de vanlige kontrollene av syn, hørsel og språk i tråd med Helsedirektoratets *Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk*, IS-1235 (2006). Det er viktig med en grundig undersøkelse av syn og hørsel så tidlig som mulig etter ankomst. Fastlegen har ansvar for å rekvirere den første hørselsundersøkelsen.

Vanlige språkbobservasjoner skal gjøres, og med ekstra årvåkenhet i forhold til begrepsforståelse. Vurder behovet for henvisning til logoped og behov for hørselsundersøkelse og undersøkelse av ører/øreganger, eventuelt henvisning til Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT).

3.6 Psykisk helse og psykososiale problemstillinger

Barnets psykiske helse må vies særlig stor oppmerksomhet, både av fastlegen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mye forskning er gjort på psykisk helse og adferd hos adopterte barn. I studier av psykiske vansker og adferdsproblemer hos adopterte har man funnet flere forhold som kan ha negative konsekvenser for barnets psykiske helse og adferd. Det kan blant annet være genetiske faktorer, separasjon fra biologiske foreldre, eksponering for uheldige forhold både i graviditeten og etter fødselen, samt forhold i adoptivfamilien (10). Det kan være snakk om tap og sorgreaksjoner, tidligere omsorgssvikt og/eller mishandling, understimulering, symptomer på post traumatisk stress etter krigshandlinger m.m. Selv barn som har vokst opp i trygghet, kan få psykiske reaksjoner. Uansett bakgrunn og tidligere erfaringer vil det å bli adoptert bort og forlate alt kjent være en opprivende prosess for et lite barn.

Adoptivforeldrene kan ha forventninger som barnet kan oppleve som press. Mange adoptivforeldre venter mange år før de får barnet hjem til seg, og kan i løpet av ventetiden ha laget seg mange forestillinger om hvordan familielivet skal bli. Det er viktig å huske at barnet som regel ikke har hatt anledning til å forberede seg på samme måte som foreldrene i forhold til hva som venter. Forventninger kan virke begrensende for barnet og kan vanskeliggjøre prosessen med å utvikle en god selvfølelse.

Flertallet av adoptivfamiliene opplever ikke store problemer under barnas oppvekst, og de fleste adopterte barna gjennomgår en normal utvikling, som kan inneholde perioder med plager og vansker, uten at dette representerer langsiktige problemer. Studier fra flere land viser imidlertid at det er en større forekomst av psykiske symptomer og hyppigere kontakt med psykisk helsevern for barn og unge blant adopterte barn/ungdom enn blant andre barn/ungdom (3-9). Det kan dreie seg om angst og depresjon, selvskadende adferd og rusmisbruk. Forekomsten varierer med

hensyn til landbakgrunn og alder ved ankomst til landet. Noen studier viser at det særlig er i puberteten at enkelte får problemer, mens annen forskning viser at problemene ofte øker etter puberteten. Dette innebærer at barna og adoptivfamiliene kan ha bruk for kompetent rådgivning senere i barndommen og rundt puberteten.

Det vil også være viktig å ha et fokus på faktorer som fremmer god utvikling, for eksempel trygghet, sosiale relasjoner, struktur og forutsigbarhet, mestringsopplevelser og positive tilbakemeldinger. God psykisk helse innebærer ikke bare fravær av sykdom og vansker, men også tilstedeværelse av trivsel, optimisme, mestring og utfoldelse.

3.6.1 Identitetsutvikling

Adopterte barn skiller seg generelt lite ut fra andre barn. Mange av de problemene enkelte adopterte barn opplever, kan også andre barn oppleve. For noen adopterte vil pubertet og ungdomstid representere en epoke der identitetsspørsmål kan bli særlig utfordrende. Mange adopterte begynner imidlertid å reflektere over egen identitet lenge før ungdomsårene.

Både storsamfunnets holdninger og familiens forventninger kan gi utfordringer og bidra til problemer. Det er en utbredt oppfatning at alle adopterte skal være opptatt av sitt biologiske opphav og landet de ble født i. Dette kan bidra til å skape forventninger som går på tvers av den adoptertes ønsker og behov. Den adoptertes identitet er – som andre barn og ungdoms identitet – sammensatt. Spørsmålet om "biologisk opphav" og "fødeland" er bare ett aspekt.

Å ikke kjenne til, eller ha kontakt med sin biologisk familie, trenger ikke være et problem eller et savn, men et faktum man forholder seg til. Det avgjørende er hvilken omsorg, trygget og frihet til selvtillit barnet får i adoptivfamilien. Det er viktig at adoptivforeldrene er oppmerksomme på at enkelte barn kan ha store problemer med tillit og tilknytning uansett hvor gode oppvekstvilkår de blir gitt. Vedvarer problemene er det viktig å ta kontakt med hjelpeapparatet.

3.6.2 Tilknytningsproblemer

Tilknytning kan defineres som et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og nære omsorgspersoner. Dette båndet binder dem sammen og varer over tid og kommer til uttrykk i ulike former for tilknytningsadferd.

Trygge barn opplever at omsorgspersonene er tilgjengelige, og forventer at de også vil være det i fremtiden. De søker trøst ved behov og vil ha en trygg forventning om å bli trøstet når det er nødvendig. Noen barn har ikke etablert en tilfredsstillende trygg tilknytning til omsorgspersonene, og det kan da oppstå et dårlig balanseforhold mellom avhengighet og uavhengighet. Barnet kan for eksempel bli avvisende overfor foreldrene eller klengete, og kan bli ukritisk i kontakt med andre voksne. Barn med utilfredsstillende tilknytning kan også være lite oppmerksomme på egne indre behov eller ytre krav fra omgivelsene. Dette kan føre til at barnet viser lite sosialt tilpasset atferd fordi det ikke har lært å tolke signaler og forventninger fra nære, voksne omsorgspersoner.

Adoptivforeldre kan oppleve å bli avvist av sine barn, helt fra første gang de møter barnet og i senere perioder. Noen barn avviser bare den ene av foreldrene og knytter seg sterkere til den andre. Situasjonene rundt avvissningen og varigheten og omfanget av avvissningen forteller noe om alvorlighetsgraden. Mange foreldre vil kunne oppleve avvissning i kortere perioder for så å oppleve at barnet igjen viser interesse, bryr seg om og aksepterer grensene som settes. Å bli avvist som foreldre oppleves sårt og vondt, og de fleste foreldre vil kunne bli usikre på hvordan de skal forholde seg i en slik situasjon. Da kan det være nyttig med en kompetent samtalepartner med kunnskap om tilknytning og barns behov. Når foreldrene ønsker det, vil en samtalepartner kunne gi råd slik at foreldrene blir tryggere på foreldrerollen.

Noen foreldre erfarer at barnet har en ukritisk adferd overfor fremmede. Barnet kan gå fra fang til fang, eller henvende seg tillitsfullt til ukjente personer på gaten. Noen foreldre opplever dette i perioder, før barnet tydelig viser at de foretrekker sine foreldre fremfor andre voksne, og bruker sine foreldre som den trygge basen før de utforsker verden. Andre opplever at barnet over år er lite kritisk til andre voksne eller barn. Barn som har levd i institusjon eller har byttet omsorgspersoner flere ganger, kan mangle den grunnleggende forståelsen av hva det vil si å ha en mor og en far som skal være deres resten av livet. Barnet har ikke fått bånd som gjør at det har en forståelse av foreldrene som tilknytningspersoner og seg selv som en del av familien.

For barn som trenger å erfare hvem som er tilknytningspersonene, vil nærhet, skjerming, faste og forutsigbare rutiner og fravær av impulsive aktiviteter kunne være en god investering for at barnet skal få en forståelse av tilhørighet og bånd til sine foreldre og søsken, og en naturlig skepsis overfor ukjente. God skjerming er en investering i familiens fremtid. En samtalepartner med kunnskap om tilknytning og mulige reaksjoner hos barn, vil kunne være en god hjelp og en støtte når foreldrene må be omgivelsene om forståelse i en periode hvor det settes nye grenser mellom familien og andre. Det kan anbefales foreldreveiledning med for eksempel ICDP som metode.

Samarbeidsinstanser som kan være nyttige i forhold til råd og veiledning er Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP), familierådgiver, PP-tjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), barneverntjenesten, familievernet, samt psykisk helsetjeneste i kommunen. Adopsjonsorganisasjonene kan også bidra med verdifull erfaring.

3.6.3 Søvnevansker

Det er mange grunner til at barn kan ha søvnproblemer, blant annet utrygghet og/eller psykiske vansker. Mange adopterte er også vant med å sove i samme rom eller samme seng som flere andre, og kan oppleve det utrygt og uvant å skulle sove på eget rom, uavhengig av alder. De fleste adopterte vil derfor ha nytte av å sove i samme rom eller samme seng som foreldrene i en tilvenningsperiode. Det er viktig å ha litt romslighet i forhold til rutiner. Barnet skal bli trygg på at de nye omgivelsene er stabile; ”mor og far forsvinner ikke når jeg sovner”.

3.7 Oppfølgingsrapport om barnet til opprinnelseslandet

Stadig flere opprinnelsesland krever at det fylles ut en rapport en tid etter at barnet har kommet til Norge. Det anbefales at helsesøster som har hatt kontakt med familien og som har fulgt opp barnet, er den som skriver rapporten i samarbeid med foreldrene. Det kan også være aktuelt å trekke inn helsestasjonslegen, barnets fastlege og/eller pediater.

Helsestasjonen har ansvar for:

- Sikre at barnet kommer snarest mulig inn i det ordinære helsestasjonstilbudet etter at hjemkomstundersøkelsen er utført. Det første møtet med helsestasjonen bør skje innen tre uker etter barnets hjemkomst. Tilby jevnlig oppfølging i form av tilbud om hjemmebesøk og konsultasjoner etter individuell vurdering av behov.
- Vaksinasjoner
- Tuberkuloseundersøkelse
- Vurdere psykisk helse og psykososiale problemstillinger
- Vurdere behov for og bestille kvalifisert tolk.
- Munnundersøkelse av barn under 3 år, og henvisning til den offentlige tannhelsetjenesten ved mistanke eller usikkerhet om det kan foreligge tannsykdom.
- I samråd med foreldrene vurdere behovet for oppfølgingsamtale hos fastlegen.
- Innkalle fastlegen til samarbeidsmøter om barnet.

Skolehelsetjenesten har ansvar for:

- Helsekontroller
- Vaksinasjoner
- Vurdere psykisk helse og psykososiale problemstillinger
- Vurdere behov for og bestille kvalifisert tolk.
- Overvåking/oppfølging av pubertetsutvikling, eventuelt henvise til fastlegen.
- I samråd med foreldrene vurdere behovet for oppfølgingsamtale hos fastlegen.
- Innkalle fastlegen til samarbeidsmøter om barnet.

4 Kilder og litteratur

Kilder

- (1) Opplysninger innhentet fra Adopsjonsforum mai 2012.
- (2) Elstrøm, P., Iversen, B. & Aavitsland P.: "Bør barn adoptert fra utlandet undersøkes for meticillinresistente stafylokker?", *Tidsskrift for den Norske Legeforening* nr. 3, 2008; 128:291-3.
- (3) Fergusson, D. M., Lynskey, M. & Horwood, L. J. (1995): "The adolescent outcomes of adoption: a 16-year longitudinal study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Volume 36, Issue 4, 597-615.
- (4) Hjern, A., Lindblad, F. & Vinnerljung, B. (2002): "Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study". *Lancet*, 360, 443-448.
- (5) Lindblad, F., Hjern, A. & Vinnerljung, B. (2003): "Psychosocial and social problems among international adoptees. Increased risk of suicide, substance abuse and grave criminal offences", *Lakartidningen*, 100, 707-709.
- (6) Tieman, W. van der, E.J. & Verhulst, F. C. (2005): "Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study", *American Journal of Psychiatry*, 162, 592-598.
- (7) Versluis-den Bieman, H.J. & Verhulst, F.C. (1995): "Self-reported and parent reported problems in adolescent international adoptees", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Volume 36, Issue 8, 1411-1428.
- (8) Kastrup, M. & Helweg-Larsen, K. (2007): "Adoption og psykisk sykdom: er der en øget risiko for psykiske trivselsproblemer og alvorlig psykisk sykdom blandt unge adoptivbørn?", *Adoption og samfund* 31(4), 5-8, 2007.
- (9) Kastrup, M. & Helweg-Larsen, K. (2009): "Over- eller underdiagnosticeres indvandrerers psykiske problemer?" *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 87(1), 59-68, 2009.
- (10) Juffer F. & van IJzendoorn MH. (2005): "Behavioural problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis", *JAMA* Volume 293, 2501-2515, 2005

Litteratur

NOU 2009: 21 *Adopsjon – til barnets beste.*

Adoptivfamilien, veiledningshefte for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Landsgruppen av Helsesøstre, 2006.

Foreldrehefte for adoptivfamilien, Landsgruppen av Helsesøstre, 2006.

Carli, A. & Dalen M. (2006): *Adopsjonsfamilien. Program for familieveiledning*, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Baatnes, K. & Lindahl, G. (2005): *Helseproblemer hos adoptivbarn ved førstegangs screeningundersøkelse på St. Olavs Hospital*. Hovedoppgave ved Det medisinske fakultet, NTNU.

Klingenberg C. & Jenum P.A.: "Undersøkelse av adoptivbarn" (2009), Generell veileder i pediatri. Kap. 3.18, Norsk barnelegeforening (NBF).

Norsk barnelegeforening: *Generell veileder i pediatri* (nettversjon oppdatert 2011).

Spurkland, A. & Steinholt M.: "Afrikanske barn har store mager", *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 1, 1997; 117.

Wallroth, P.: *Mentaliseringsboken*, Arneberg forlag 2011.

IS-1924 *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (Helsedirektoratet, 2011).

IK-2339 *Retningslinjer for barnehager om smitteforebyggende tiltak mot hepatitt B*.

Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-1154, Helsedirektoratet 2005.

Smittevern 20: Forebygging og kontroll av tuberkulose (tuberkuloseveilederen), Folkehelseinstituttet. Finnes som oppdatert [e-bok](#).

Vaksinasjonsboka (smittevern 14), Folkehelseinstituttet 2007.

FNs konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjonen), artikkel 24 om helse: www.barneombudet.no/barnekonvensjonen/helekonvensjonen

Nyttige nettsteder

www.adopsjon.no

www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/familie-og-samliv/adopsjon.html?id=1050

www.adopsjonsforum.no

www.verdensbarn.no

www.inoradopt.no

Temahefter fra adopsjonsforeningene

Adopsjonsforeningene Adopsjonsforum, InorAdopt og Verdens Barn har i samarbeid laget temahefter om adopsjon som kan være aktuelle i forhold til barn som er adoptert fra utlandet. Heftene er skrevet for adoptivforeldre, helsepersonell, barnehage- og skolepersonell og andre fagpersoner familien kan komme i kontakt med. Heftene kan lastes ned på foreningenes nettsider.

Adopterte barn og helse (2011) bidrar til en bedre forståelse av hva bakgrunnsopplysningene om barnets helse 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.

Å få en 6-åring i familien (2011) gir kunnskap om hvordan man forbereder seg på å bli foreldre til et større barn, hvordan man blir en familie, barnets utvikling, språk, barnehage- og skolestart.

Barn som trenger spesielle foreldre (2010) gir et nærmere innblikk i hva som ligger i begrepet "barn med spesielle omsorgsbehov". Heftet går blant annet inn på hva behovene dreier seg om, og hvordan de kan møtes av barnets adoptivforeldre.

Adopterte barn og språk (2007) handler om barn som adopteres fra utlandet og deres språkutvikling. Heftet gir en kort innføring i generell språkutvikling og ser deretter på hva som kan være spesielt for et barn som får et nytt morsmål.

Adopterte barn og tilknytning (2006) handler om hvordan barn og foreldre knyttes til hverandre og utvikler gode relasjoner. Heftet gir praktiske råd og veiledning i forhold til alle fasene av tilknytningsprosessen, basert på virkelige eksempler. Heftet gir også et innblikk i teorier om tilknytning.

Adopterte barn i skolen (2006) handler om områder som foreldre og skole kan være oppmerksomme på, særlig dersom de opplever at barnet strever med for eksempel trygghet, språk, læring eller andre forhold i sin skolehverdag.

Adopterte barns bakgrunn (2005) tar blant annet for seg hva som kan ligge til grunn for at et barn blir adoptert, lovgivningen nasjonalt og internasjonalt, og en beskrivelse av barnets mulige vei fram til adopsjonen og hvilke konsekvenser dette kan ha for barnet.

Adopterte barn i barnehagen (2004) ser på møtet mellom utenlandsadopterte barn og barnehagen, og tar blant annet for seg spørsmålet om barnet er tilstrekkelig trygt i tilknytningen til sine nye foreldre til å begynne i barnehage. Det ser også på forhold som personalet kan være oppmerksomme på dersom barnet strever.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

