

Afrikanske adoptivbarn har store mager

Vi er to leger som i løpet av de tre siste årene har vært i hyppig kontakt med adoptivforeldre i alle deler av landet og i alle stadier av adopsjonsprosessen. Selv har vi også opplevd den store gleden det er å få barn på denne måten. Da barna kom til Norge, henviste vi ungene, som begge er født i Afrika, til nærmeste barneavdeling, hvor vi fikk god og rask behandling. Våre unger var i rimelig god forfatning, men hadde som ventet tarmparasitter som greit ble behandlet. Stor ble derfor vår forferdelse da vi nylig ble kjent med hva andre nybakte adoptivforeldre kan risikere å oppleve i forbindelse med helseundersøkelser av det nyankomne barnet. Møter med et arrogant og kunnskapsløst norsk helsevesen har ført til forlengede plager for de minste, og til smittespredning av svært alvorlige, potensielt dødelige sykdommer i den nære familien.

Barn som blir adoptert fra utlandet kommer oftest fra fattige land i den tredje verden. Barna har gjerne en ukjent forhistorie, og de medisinske opplysningene som følger barna er som regel ufullstendige. Banale infeksjoner som innvollsorm, lus, skabb etc. er så vanlige i giverlandene at det ofte ikke oppgis. Det samme kan gjelde alvorligere tilstander, som hepatitt i forskjellige varianter. Av hensyn til barnet, familien og nærmiljøet får foreldrene derfor beskjed av adopsjonsforeningen om å ta kontakt med helsestasjon eller barnelege umiddelbart etter ankomst til Norge. Det er verdt å merke seg at Helsetilsynet har utarbeidet egne retningslinjer for hvilke blodprøver og undersøkelser som skal gjøres (1). Vår erfaring er at foreldrene følger oppfordringen om å kontakte lege etter hjemkomst. At dette ikke er nok, viser de følgende eksemplene:

En familie kom hjem med et magert barn med påfallende stor mage. Kommunelegen som så barnet rett etter ankomst, trøstet mor med at det var normalt at hun så slik ut, hun var jo født i Afrika, og afrikanske barn har stor mage. Tre måneder etter fikk familien via en ny lege stilt diagnosen «innvollsorm», og en enkel Vermox-kur resulterte i at barnet i løpet av en uke kvitterte over 50 spolorm.

En annen familie fikk hjem et barn med multiple hudlesjoner, som til dels væsket og til dels blødde. De kontaktet som anbefalt barneavdelingen, men fikk ikke time før et-

ter tre måneder i Norge. Da var både mor og far smittet med hepatitt B, sannsynligvis i forbindelse med stell av hudlesjonene. Var barnet blitt undersøkt straks, hadde foreldrene trolig rukket å bli vaksinert før de ble smittet.

Et tredje eksempel: På tross av at mor gjentatte ganger henviste til Helsetilsynets rundskriv om undersøkelse av barn fra land utenfor Vest-Europa, fikk hun ikke gjennomslag hos sin «huslege» for at barnet trengte undersøkelse. Adoptivbarnet hennes så «eplekjekt» ut, og videre undersøkelser var derfor unødvendig. Heller ikke på helsestasjonen fant de grunn til å rekvirere blodprøver. Etter halvannet år i Norge er barnet derfor fortsatt ikke undersøkt på om det er bærer av hepatitt B-virus, smittsomme tarmbakterier eller tuberkelbasiller.

Vi har grunn til å tro at våre eksempler ikke er spesielle unntak. De færreste leger og barneavdelinger møter denne problematikken ofte. Det er trolig bare i visse strøk av Oslo at tettheten av barn med utenlandsk bakgrunn er så stor at helsestasjoner og allmennleger har tilstrekkelig rutine og kunnskap til å kunne håndtere utenlandsadopterte barns spesielle medisinske behov på en greit måte.

Det kommer ca. 600 utenlandsadopterte barn til Norge i året. De fleste av disse barna er avvikende i forhold til norske barn både med hensyn til hudfarge og utseende for øvrig. For vanlige helsestasjoner kan det være vanskelig å vurdere utslett på mørk hud, vite hva som er «vanlig» i forhold til høyde og vekt osv. Videre kan adoptivbarnet være apatisk pga. alle forandringene som har skjedd, det kan være avvik mellom oppgitt alder og antatt alder, og, som vi har vist, barnet kan lide av alvorlige sykdommer som krever ekstra påpasselighet fra foreldrene. Disse sykdommene kan det være vanskelig å vurdere, og konsekvensene av manglende behandling eller feilvurderinger kan bli stor.

Adoptivbarn er høyrisikobarn både med hensyn til fysisk og psykisk sykdom. Hver helsestasjon eller allmennlege vil møte færre en ett nyankommet adoptivbarn i året. Vi mener derfor at alle barn som adopteres fra utlandet skal undersøkes av spesialist kort tid etter ankomst til Norge. Det vil si at de skal slippe å stå i vanlig inntakskø for å få

riktig diagnostikk og adekvat behandling av barnelege. For å få til dette bør det utarbeides et henvisningsskjema som foreldrene selv fyller ut når de vet når barnet er forventet til Norge. Dette skjemaet bør foreldrene kunne sende direkte til den aktuelle barneavdeling, slik at barnet sikres plass for undersøkelse umiddelbart etter ankomst til Norge. Hvis henvisning av adoptivbarn til de nødvendige undersøkelsene kan gjøres så enkelt og ubyråkratisk, vil det gjøre livet lettere for mange hundre nye norske borgere og foreldrene deres hvert år. Og vi som er både foreldre og representanter for helsevesenet, kan slippe å måtte oppleve uforstand i vår egen yrkesgruppe.

Anne Spurkland

Institutt for transplantasjonsimmunologi
Rikshospitalet
0027 Oslo

Margit Steinholt

Gynekologisk avdeling
Sandnessjøen sykehus
8800 Sandnessjøen

Litteratur

1. Helseundersøkelse av barn fra land utenfor Vest-Europa (målgruppen er adoptivbarn, barn av flyktninger og asylsøkere samt barn av innvandrere). Rundskriv nr. IK 9/91. Oslo: Statens helse-tilsyn, 1991.