

Lave vitamin D-verdier hos innvandrerkvinner

Refleksjoner over barrierer og tiltak for å motvirke vitamin D-mangel

■ MANA SALAMAN *Stud. med, UiB*

■ SOMAYE DARVISHI *Stud. med, UiB*

Vi vil her oppsummere en studie vi har gjennomført som medisinerstudenter ved Universitetet i Oslo som omhandler innvandrerkvinner med lave vitamin D-verdier. Målsettingen var å komme i kontakt med disse kvinnene for å få en idé om subjektive opplevelser og tanker rundt denne hyppige problemstillingen. Studien er innlevert som prosjektoppgave ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, veiledet av Per Lagerløv.

Omfattende helseplager som følge av vitamin D-mangel

Vitamin D-mangel er et utbredt problem blant mange innvandrerkvinner i Norge, noe som utgjør en stor helseutfordring ettersom innvandrere står for en ikke ubetydelig del av landets befolkning (1, 2). I følge tall fra SSB utgjør innvandrere 23 prosent av befolkningen i Oslo. Studier har vist at immigranter har bedre vitamin D-status i hjemlandet sammenlignet med verdier etter lengre opphold i nordlige land (2, 3).

Det er funnet en korrelasjon mellom lavt vitamin D-nivå og depresjon, muskel- og skjelettsmerter, multipl sklerose, cancer og diabetes (1). En nyere norsk studie har vist at i en pasientgruppe med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, hodepine eller tretthet hadde 83 prosent av mørkhudede innvandre-

re i Oslo vitamin D-nivå under 50 nmol/l, noe som sammenlignet med etniske nordmenn kun forekom hos 35 prosent (4).

Vi vet lite om hvordan innvandrerkvinner som har fått påvist lave vitamin D-verdier opplever denne beskjeden og sitt møte med fastlegen. Dessuten vet vi lite om hvilke barrierer som foreligger for råd de ofte mottar. Da vi selv har innvandrerbakgrunn (fra Iran og Afghanistan) tenker vi at det er her vi har den største utfordringen når disse kvinnene skal hjelpes. Vi ønsket å spørre kvinnene om deres egne tanker om lavt vitamin D-nivå, og hvordan de selv ser på mulighetene for endring.

Nyttige diskusjoner

Totalt deltok 13 kvinner i studien. Den ene gruppen bestod av seks deltakere mellom 23 til 63 år fra henholdsvis Kosovo, Iran, Pakistan og Tyrkia. I den andre gruppen var deltakerne mellom 32 til 67 år og de syv kvinnene kom fra Afghanistan, Pakistan, Syria og Tyrkia. En kvinne i den første gruppen og to kvinner i den siste gruppen brukte hijab.

Reaksjoner på budskapet om deres lave vitamin D-nivå

Alle deltakerne fastslo at de hadde fått umiddelbare tanker rundt årsak til at de hadde fått påvist lave verdier, men reaksjonene ble rap-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

portert som ulike. Noen ga uttrykk for at de tok det som en selvfølge, ettersom de har en mørkere hudfarge og bor i et land med relativt få soldager. Andre mente det var forbau-sende da dette var en ny problemstilling som de ikke var kjent med fra deres tidligere hjemland. Samtidig oppga noen at det var en lettelse å få påvist mangel og endelig få en diagnose, ettersom de over lengre tid hadde merket uspesifikke symptomer som blant annet mangel på energi. Også noen oppga at de ble overrasket fordi de til tross for et riktig og variert kosthold hadde utviklet mangel.

Hvilke tanker hadde kvinnene om deres vitamin D-mangel?

Ved spørsmål om hvorfor kvinnene hadde utviklet vitamin D-mangel kom de fleste årsaker frem; både soleksponering og nordisk klima, bekledning, kosthold og mangel på vitamintilskudd ble nevnt. Overraskende nok var det kun få som visste at den økte pigmenteringen i deres hud gjør det vanskelig å utnytte UV-stråling. Videre ble det påpekt at kulturelle idealer også er en årsak til at mange kvier seg for å bli soleksponert. I mange kulturer blir lys hud assosiert med det å være mer velstående, ha bedre helse og er dessuten relatert til skjønnhet. Som en siste årsaksfaktor ble arv nevnt, ettersom enkelte av deltakerne til tross for relevante tiltak gang på gang hadde fått påvist mangel på vitaminet. Av den grunn hadde de satt dette i relasjon til en mulig sammenheng med genetikk, da deres mangel ellers i deres øyne var uforklarlig.

Det har vært diskutert om vitamin D-mangel kan være et resultat av flere faktorer. En oversiktsartikkel oppdatert i 2013 viser at ytterligere mekanismer enn de kjente faktorene som blant annet kost og hudeksponering kan spille en rolle, blant annet svekket nyrefunksjon og bruk av visse medikamenter (5). Dermed kan vitamin D-mangel være et resultat av et sammensatt bilde der flere årsaksfaktorer spiller inn, noe som er viktig å ha i mente i det kliniske møtet med en pasient med vitamin D-mangel.

Forslag til tiltak

Nesten alle deltakerne foreslo trantilskudd som det viktigste tiltak mot vitamin D-mangel. Også soleksponering og et kosthold rikt på melkeprodukter og fisk ble nevnt. Det ble samtidig presisert at dette var «enklere sagt enn gjort». Noen av deltakerne mente det var nødvendig med ytterligere informasjon og ikke minst eget initiativ. En av kvinnene på-

pekte at det ikke nødvendigvis er hvor lenge man har bodd i Norge som er av betydning, men heller hvor observant man er på de nye utfordringer som oppstår i møtet med det nye livet i Norge. Et annet forslag som ble nevnt var trening, noe de mente ville styrke skjelettet og forhindre frakturer.

Hvilken effekt mener kvinnene at deres egen helse har på familien?

Når det gjelder egen helse og dens påvirkning på familien kom det tydelig frem at kvinnene er av den oppfatning at god helse hos dem selv har positiv innvirkning på familien, særlig på barna. Det ble også angitt at mange innvandrere i Norge ikke har noe særlig familienettverk, noe som setter dem i en sårbar posisjon ved sykdom. Flere av kvinnene mente dessuten at vitamin D-mangel kan føre til nedsatt psykisk helse, noe som igjen kan ramme familien. Enkelte av kvinnene uttrykte bekymring for at deres egne kostvaner kunne gå i arv. En deltaker presiserte at gode vaner må inkorporeres fra barna er små for at de skal kunne bli varige. En annen ung deltaker uttrykte bekymring for at hennes lave vitamin D-status kunne forårsake rakitt hos hennes barn.

Barrierer for tiltak

I vår studie kom følgende temaer frem som barrierer for at de selv kunne forbedre sitt vitamin D-nivå:

I følge kvinnene gjør ulike mattradisjoner og smaksvaner det vanskelig å legge om kostholdet, og dessuten inngår fisk i svært liten grad i deres matkultur. I tillegg ble laktoseintoleranse nevnt som en ytterligere faktor som vanskeliggjør kostomlegging. En deltaker ønsket å understreke denne utfordringen med endring av middagsvaner, da hun så på det som særlig problematisk ettersom det var lite aksept av smaksforandring i hennes familie (spesielt hos ektemannen). Det ble foreslått å tilberede to retter, en for ektemannen og en for resten av familien. Hos enkelte var dette en reel løsning, men hos flertallet var dette av naturlige årsaker vanskelig gjennomførbart.

Vitamin D-mangel kan være et resultat av et sammensatt bilde der flere årsaksfaktorer deriblant mattradisjoner, spiller inn. Dette er det viktig å ta i betraktning i behandlerens møte med pasienter med vitamin D-mangel.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Til tross for at alle våre deltakere var klar over at innføringen av fisk i kostholdet er en sentral og viktig faktor for å bedre vitamin D-nivået, ga de fleste uttrykk for at dette kom i direkte konflikt med egne mattradisjoner og smaksvaner. Kvinnenes middagsvalg baserer seg ofte på familiens preferanser. Dette blir også belyst i en norsk studie fra 2010 som oppsummerer at de viktigste barrierer for en sunn kostholdsomlegging blant norsk-pakistanske kvinner er preferanser fra barna og andre familiemedlemmer. Videre påpeker studien at innvandrerfamilier ofte har sosiale sammenkomster, der visse forventninger blant deltakerne utgjør en ytterligere barriere (6).

Soleksponering ble av flere foreslått som en løsning på vitamin D-problemet, noe som ikke er uproblematisk da klestradisjoner og hijab skaper en barriere for at huden blir soleksponert.

Flere studier har vist at en hud med høy grad av pigmentering krever større dose UV-stråler for å oppnå et adekvat vitamin D-nivå (3, 4, 7). Det ble påpekt av kvinnene at selv om mange ikke bruker hijab gjør kulturelle normer det likevel vanskelig å vise for mye hud. Dessuten har de gjerne en annen klestradisjon enn etnisk norske, uavhengig om kvinnen bærer hijab eller ikke. Enkelte av deltakerne foreslo soling på terrassen eller i hagen som et alternativ til offentlige steder, men noen av kvinnene fremhevet problemet med innsyn. Videre kom det frem at mange innvandrere har en annen måte å forholde seg til varme og solrike dager på, da de ofte holder seg innendørs på solfylte dager, hovedsakelig fordi dette er en kultur de bærer med seg fra hjemlandet.

Som et siste hinder ble det av enkelte presisert at de var misfornøyde med leger som spurte om deres synspunkter og hva de selv kunne gjøre med situasjonen sin. Dessuten oppfattet de bruken av de vanlige, åpne spørsmål under legekonsultasjonen, kombinert med legens lite autoritære stil som lite tillitsvekkende faktorer. Denne tillitsmangelen

kom frem som en av årsakene til dårlig compliance blant enkelte når det gjelder tilskudd.

Vi kan tenke oss at fordommer hos helsepersonell og ikke minst den kulturelle forskjellen helsevesenet i Norge viser i forhold til deres eget hjemland spiller vesentlige roller til tillitsmangelen. I Norge er vi opptatt av en pasientsentrert kommunikasjon, der pasienten spiller en sentral og delaktig rolle i diagnostikk og behandling. I en slik kommunikasjon er det flere momenter som inngår og det å dele makt og ansvar mellom lege og pasient er ett av disse momentene (8). Det presiseres i en norsk oversiktsartikkel fra 2010 at det finnes få studier rundt dette tema og det foreslås at fremtidige studier bør fokusere på å identifisere særlige behov og barrierer hos innvandrere når det

gjelder primærhelsetjenesten (9). Våre erfaringer som ikke-vestlige innvandrerkvinner har vist oss at denne ansvarsfordelingen kan stå i strid med de vaner og erfaringer innvandrere har gjort i møtet med helsevesenet i sine tidligere hjemland, der legen fremdeles har en rolle som en autoritær lærd som står i en selvstendig maktposisjon. Dermed er det legen som står for all diagnostisering og behandling, og pasienten spiller en lite delaktig rolle. Spørsmål som «hva tror du selv at det er?» og «hva tror du kan hjelpe deg?» er dermed lite akseptable, ettersom det heller gir inntrykk av manglende faglig kunnskap.

Enkelte av kvinnene mente dessuten at mange av dagens leger har for lite kunnskap om innvandrermedisin. En deltaker mente at hijab ikke sjeldent anses av helsepersonell som hovedårsak til vitamin D-mangel, og at hijab ofte fører til fordommer hos mange leger, noe hun mente ga stopp for ytterligere problemløsning og samarbeid. En annen faktor som kvinnene mente vanskeliggjorde samarbeidet med fastlegen var språkvansker, noe de mente kunne påvirke samarbeidet og tillitsforholdet med legen.

I møtet mellom den ikke-vestlige pasienten og legen fremstår kommunikasjon som en helt kritisk faktor. Gode språkkunnskaper hos innvandrere er imidlertid ofte manglende og dermed blir det nødvendig å justere konsultasjonen, blant annet ved bruk av tolk og lengre seanser (10). Dette blir til en viss grad gjort, men kanskje ikke i tilstrekkelig grad. Dessuten kan det nevnes at innvandreres helsebehov ofte skiller seg fra den etnisk norske, noe som forsterker behovet for tilpasning av helsetilbud til innvandrere (9). En norsk studie fra 2011 viser at verken skriftlig eller muntlig informasjon til innvandrerkvinner alene er tilstrekkelig for å bedre deres vitamin D-nivå (11). Vi tenker dermed at det mest effektive tiltak vil være god og tilstrekkelig muntlig informasjon (helst med bruk av profesjonell tolk), i tillegg til skriftlig informasjon.

Konsekvenser for praksis

Vitamin D spiller en sentral rolle for god helse i befolkningen. Imidlertid har studier vist at vitamin D-mangel er et utbredt problem blant ikke-vestlige innvandrerkvinner i Norge. Våre funn har vist oss at en rekke barrierer hos denne pasientgruppen påvirker egeninnsats for tiltak. Dette inkluderer blant annet mattradisjoner og hindringer for soleksponering. Ettersom kostholdsomlegging kan komme i konflikt med familietradisjoner, kan det være hensiktsmessig av legen å foreslå vitamin D-tilskudd som et hovedtiltak for deres mangeltilstand. Det er også viktig å huske på at mange innvandrerkvinner anser en blek ansiktshud som et skjønnhetsideal, og tips om at de skal sole ekstremiteter fremfor

generell soleksponering kan dermed være mer fruktbart.

Ytterligere har vi funnet at kommunikasjonsen med den ikke-vestlige innvandrerpasienten kan by på utfordringer i allmennpraksis. I Norge er vi opptatt av en pasientsentrert kommunikasjon, og som vi har diskutert i artikkelen kan dette ikke sjeldent by på problemer i møtet med den ikke-vestlige pasienten. Bruk av åpne spørsmål kan bli oppfattet som usikkerhet hos legen. Et forslag mot dette er at legen i høyere grad forsøker å være konkret uten å være belærende når han eller hun ønsker å gi råd til pasienten. Trolig kan bruk av tolk også bidra til å løse en rekke problemer. Videre kan det være av sentral betydning å påminne om at hijab som regel ikke er eneste årsak til lave vitamin D-verdier, og legen bør derfor være beredt til å tenke at lave verdier kan skyldes andre årsaker enn klesdrakt og lite soleksponering.

REFERANSER

1. Meyer H, Brunvald L, Brustad M, Holvik K, Johansson L, Paulsen J. Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen. Nasjonalt råd for ernæring, Sosial- og helsedirektoratet IS-1408. November 2006.
2. Meyer HE, Holvik K, Lofthus CM, Tennakoon SU. Vitamin D status in Sri Lankas living in Sri Lanka and Norway. Br J Nutr. 2008; 99: 941–4.
3. Lips P. Vitamin D status and nutrition in Europe and Asia. J Steroid Biochem Mol Biol 2007; 103: 620–5.
4. Knutsen KV, Brekke M, Gjestad S, Lagerløv P. Vitamin D status in patients with musculoskeletal pain, fatigue and headache: a cross sectional descriptive study in a multi-ethnic general practice in Norway. Scand J Prim Health Care 2010; 28: 166–71.
5. Agus, Z.S, Drezner M.K. (2013) Causes of vitamin D deficiency and resistance. I C. Rosen (Ed.), UpToDate. Tilgjengelig via www.uptodate.com
6. Råberg Kjøllestad MK, Telle Hjelset V, Bjørge B, Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Barriers to healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. Scand J Public Health 2010; 38: 52–9.
7. Wicherts IS, Boeke AJ, van der Meer IM, van Schoor NM, Knol DL, Lips P. Sunlight exposure or vitamin D supplementation for vitamin D-deficient non-western immigrants: a randomized clinical trial. Osteoporos Int 2011; 22: 873–82.
8. Midtgarden T. Måling av pasientsentrert kommunikasjon Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3133–5.
9. Abebe, D.S. Publication: Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. NAKMI report 2/2010. <http://www.nakmi.no>
10. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Educ Couns 2012; 86: 205–9.
11. Madar AA, Klepp KI, Meyer HE. The effect of tailor-made information on vitamin D status of immigrant mothers in Norway: a cluster randomized controlled trial. Matern Child Nutr 2011; 7: 92–9.

mana.salaman@studmed.uio.no

somaye.darvishi@studmed.uio.no