

D-vitaminmangel

– symptomer til ettertanke

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver ved NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse)

D-vitaminmangel forekommer hyppig ikke bare blant innvandrere til Norge, men også i store deler av Sør-Asia, Midtøsten og på Afrikas horn. Enkelte nyere studier har videre vist at utilfredsstillende D-vitaminnivå kan være en viktig faktor i utviklingen av en rekke sykdommer.

I denne artikkelen omtales vitamin D-mangel og det gis en kasuistikk som illustrerer noen av de problemene som allmennpraktikeren kan stå overfor.

D-vitaminmangel er et globalt problem (1, 23), og problemets omfang varierer med breddegrad (1, 2, 3, 23), årstid og soleksponeering (2, 3, 23), om folk bor i byen eller på landet (3), i hvilken grad kroppen av religiøse eller kulturelle grunner tildekkes (2), hudfarge (4) og, ikke minst, kostvaner og bruk av kosttilskudd (5). Kvinner er mer utsatt enn menn (2, 5), og barselskvinner og kvinner som har født mange barn, samt de som bruker slør når de går ut eller for det meste oppholder seg inne, er spesielt sårbare (2). Det er derfor ikke til å undres over at folk fra solrike områder i sør lett utvikler D-vitaminmangel når de har bodd i Norge en stund, og at mange utvikler sykdommer og plager som kan tilskrives mangel på D-vitamin.

Forekomst

Funn fra *Innvandrer-HUBRO* viser at det i flere innvandrergupper er stor forekomst av D-vitaminmangel, i denne og i flere lignende undersøkelser definert som s-25(OH)D < 25 nmol/l. Gjennomsnittlig forekomst i de fem gruppene som ble studert var 37,2 prosent, men varierer fra 8,5 prosent hos menn født i Vietnam til 64,9 prosent blant kvinner født i Pakistan (5). En annen norsk undersøkelse (6), viser utbredt D-vitaminmangel hos mødre av pakistansk, tyrkisk eller somalisk herkomst og deres seks uker gamle barn (57 prosent < 25 nmol/l). Her fant man ingen variasjon mellom gruppene, og heller ikke etter årstid.

Men mangelen på D-vitamin skyldes

ikke nødvendigvis at folk har flyttet nordover. D-vitaminmangel forekommer i alle verdensdeler, og det er dokumentert at betydelig D-vitaminmangel (< 25 nmol/l) er svært vanlig i alle aldersgrupper i Sør-Asia og Midtøsten (23). En norsk studie viser da også at s-25(OH)D var svært lavt blant nyankomne innvandrere fra Somalia, Eritrea, Afghanistan og Irak (24–38 nmol/l) (8). I en kanadisk undersøkelse fant man et gjennomsnittsnivå på 24,6 nmol/l hos kvinnelige innvandrere fra Midt-Østen (9), og en australsk studie viser at hele 74 prosent av nyankomne innvandrerkvinner fra Afrikas horn hadde s-25(OH)D < 25 nmol/l (7).

Økende kunnskap om D-vitaminets funksjoner

Nyere forskning viser at D-vitaminets betydning for helsen har vært sterkt undervurdert. Oppdagelsen av D-vitaminreseptorer har ført til ny forskning, og slike reseptorer er nå ikke bare påvist i bein og muskelvev, men også i hjerne, prostata, bryst, tykktarm, og på flere nivå i immunsystemet hvor D-vitamin har vist seg å ha en regulerende effekt. Det er videre påvist at D-vitamin øker insulinproduksjon så vel som hjertets kontraksjonsevne, og reduser cellevekst i både normale celler og kreftceller (1). Den kliniske betydningen av denne grunnforskningen er nå også i ferd med å avklares (17). Ved siden av de klassiske effektene av D-vitaminmangel, dvs. rakitt hos barn og osteomalacia hos

voksne, er det i dag grunn til å hevde at D-vitaminmangel både øker faren for autoimmune reaksjoner og nedsetter motstandskraften mot infeksjoner (13, 14, 15). Det er påvist sammenheng mellom D-vitaminmangel og hjerte/kar sykdom (10), fedme, sukkersyke (11, 12), og ulike kreftformer (17), mens det knytter seg noe mer usikkerhet rundt dette vitaminets betydning for vår hjernefunksjon (16).

Der er således mange forhold som kan knyttes til D-vitaminmangel, og problemets omfang og kompleksitet øker etter hvert som nye sammenhenger avdekkes. Hvordan tar så dette seg ut i en allmennpraksis? Den følgende historien illustrerer noen aktuelle problemstillinger, her sett fra en pasients synsvinkel. Historien, som først ble fortalt av en kvinne som viste uvanlig vilje og evne til å arbeide seg ut av vanskelige situasjoner, er reell. Den er neppe unik, og kan derfor tjene som et utgangspunkt for en diskusjon rundt problemkompleksets tilsynekomst i allmennpraksis. Her er historien, gjenfortalt og kommentert av forfatteren.

Aminas historie

Jeg traff Amina, en vel 30 år gammel somalisk kvinne, på et møtested for kvinner i Oslo. Etter *min* anmodning var hun av ledere på senteret blitt forespurt om hun ville la seg intervju i forbindelse med denne artikkelen. Amina kom rett fra en treningsøkt, og før hun kunne snakke med meg, måtte hun dekke seg til. Nå satt hun der,



rett foran meg, i sin chador, en omfattende, mørkt olivengrønn hijab, smilende, ivrig etter å fortelle. Assosiasjonene var springende, historien likeså, men etter litt redigering av notatene satt jeg tilbake med følgende historie:

Aminas mann flyktet fra Mogadishu med sin familie i 1999. Den lille familien, mann og kone med ett barn i hånden og ett i magen, tok seg først over grensen til Etiopia. Herfra gikk veien over det etiopiske høylendet, også kalt «Afrikas tak», hvor Amina og barna ble etterlatt i en liten landsby mens mannen tok seg videre nordover. Etter godt og vel to år ble familien gjenforent i Norge.

Allerede mens Amina oppholdt seg i Etiopia, hadde hun begynt å merke at kroppen verket og at hun stivnet til i muskulaturen. Selv trodde hun dette kom av at det var så kaldt der i høyden. Men etter at hun kom til Norge tiltok smertene i styrke. Muskulaturen ble stiv og vond, særlig i rygg og lår, etter hvert også i skuldrene og ut i høyre arm. Kroppen følte slapp og kraftløs, og beina hovnet opp, særlig lårene. Etter hvert ble hun svakere til beins. Hun klarte for eksempel ikke lenger å løpe etter bussen.

Det kan være flere grunner til at Amina utviklet smerter i Etiopia. Kulden i over 1500 meters høyde kan ha hatt betydning. Bekymringer for fremtiden, frykten for hvordan mannens reise skulle ende, sammen med strevet for å livnære seg selv og barna i et fremmed land, kan også ha ført til uro og spenninger i kroppen. Det er heller ikke uproblematisk når en familie skal finne sammen igjen etter flere års adskillelse. Når gjensynsgleden har lagt seg begynner ulikhetene å gjøre seg gjeldende; nykommeren versus den mer etablerte som kanskje allerede er kommet langt i sin assimileringssprosess (27). Men Amina snakket ikke om dette. Hun ville være frisk og greie seg selv. «Selv om jeg var mye svak, gikk jeg på skole. Jeg var ikke opptatt av kroppen, og når jeg hadde vondt, masserte jeg meg litt selv», sa hun. Men de symptomene som Amina her frembyr, nemlig vedvarende, diffuse smerter i bein og muskler, særlig proksimalt, svakhet og ustabilitet i postural muskulatur, endret gangfunksjon, parestesier og sykdomsfølelse, er også karakteristiske for osteomalacia. Men som ved mange andre tilfeller (18, 19, 36), ble denne diagnosen ikke vurdert før etter lang tid.

Amina gikk til lege, men hun ble trist og bekymret av måten hun ble mottatt på legeskjemaet. Særlig vanskelig var det for henne når legene stadig sa at hun var frisk, eller når hun ikke fikk svar på de undersøkelsene som var tatt. Hun ble da redd for at det var noe alvorlig som feilte henne og som legene ikke ville fortelle om. Tankene begynte å streife omkring hvorvidt hun hadde kreft og om hun nå kom til å dø. Dette førte til store bekymringer for barna som hun nå hadde

I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergreper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLEURBOX

Bildet har ingen tilknytning til Amina, men illustrerer en årsak til at sollys ikke har nytteverdi for produksjon av D-vitamin hos denne kvinnen.



fem av. Hva skulle det bli av dem når hun var borte? Hun tenkte mye på å reise til Tyskland for å få behandling der, noe hun også gjorde ved en anledning, og hun forteller at hun da fikk god hjelp. Hva denne behandlingen bestod i, vites ikke.

Amina forklarer sin tristhet og sykdomsangst dels med måten hun ble møtt på legekantoret, dels med mangelen på adekvat informasjon. Dette er dessverre ikke uvanlig (34). I ettertid, når Aminas sykdomsutvikling kan sees i lys av et utilstrekkelig D-vitaminnivå, kan man spørre seg: Har mangelen på D-vitamin også bidratt til hennes depresjon? Dagens kunnskap tilsier at dette ikke er umulig (24), men for Amina var det fremmede tanker.

Et par år senere begynte Amina å få verkende smerter i magen, særlig etter å ha spist. Legen tok en blodprøve (serologisk prøve på *Helicobacter pylori*?), og fortalte henne at hun hadde magesår. Dette skjønte hun ikke: «Jeg vet ikke hva slags problem jeg har. Legen lyttet på hjertet, målte blodtrykket og tok prøve på om jeg hadde en infeksjon, men jeg hadde problemer med å spise, følte meg svimmel, tung i hodet, og klarte ikke å følge med i en samtale. Dessuten hadde jeg diaré.» Hun hørte legen si noe om at medisinerne var to, men skulle vært tre. Heller ikke dette kunne hun forstå. Hun begynte likevel å ta medisinerne slik legen foreskrev. Men bra ble hun ikke. Etter en tid ble hun sendt til gastroskopi. Negativt funn. Legen hadde så mistanke om gallesten. Det var det ikke. Deretter ble hun sendt til coloskopi. Legen som utførte denne fortalte da at: «Du har mye slim!» Men Amina visste verken hva «slim» var eller hvor det kom fra og bekymringene økte på: «Hvis en har fått svar og en bra forklaring, så føler en seg frisk. Men når en ikke får svar, og ingen forklaring, blir en svært bekymret. Jeg begynte å lete etter informasjon på Internett, jeg fant mye, men det var mye jeg ikke forstod. Mine barn forsøkte å hjelpe, men jeg ble bare enda mer bekymret».

Igen er det behovet for en forklaring som står i fokus, en forklaring som pasienten kan forstå, akseptere og fatte litt til. Det er ikke nok at legen sier sitt. Det var sannsynligvis heller ikke nok at legen forklarte kun én gang, for det Amina fikk med seg ser ut til å være bruddstykker av en forklaring. Likevel, det lille som hun oppfattet, gnog og gnog.

Amina oppsøkte så en privat klinikk. Her fikk hun god tid, følte at hun ble lyttet til og at legen viste interesse for hennes sykdom. Denne legen fortalte at hun frem til nå ikke hadde fått riktig behandling, da «siste komponenten i trippelbehandlingen var utelatt». Videre fortalte han at hun tydeligvis hadde problemer fra tarmen. Medisiner ble spesialimportert fra Tyskland, og Amina fikk råd om å unngå sterk mat – chili og andre

sterke krydder. Det ble også rekvirert MR, som ikke viste noe. «Du er frisk!» sa legen. «Men jeg føler meg ikke bra!» sa Amina.

I 2011 reiste Amina til Syria for å få tannbehandling. Hun hadde hørt at det var så billig der. Samtidig benyttet hun anledningen til å oppsøke en syrisk lege. Han gastroskoperte henne, og det ble påvist tre magesår. Hun fikk en kort og intens kur som hun syntes hjalp svært godt – i alle fall der og da. Legen hadde gjort videoopptak av både undersøkelse og behandling. Videofilmen tok hun med til Norge, men legene hun traff her var ikke interesserte i å se den.

Det er ikke uvanlig at innvandrere reiser til utlandet for å få behandling, dels på grunn av økonomi, dels på grunn av at mange opplever at kvaliteten på behandlingen i utlandet er bedre. Kronisk, asymptomatisk infeksjon med *Helicobacter pylori* er svært vanlig. Den rammer ca 40 prosent av befolkningen i industrialiserte land og dobbelt så mange i utviklingsland (21), og hos noen forårsaker denne bakterien sykdommer i mage/tarm-systemet, som gastritt eller magesår. I fortsettelsen skal vi konsentrere oss om infeksjonens tilknytning til D-vitaminmangel. Som allerede nevnt spiller D-vitamin en viktig rolle i organismens immunforsvar. Mest studert er D-vitaminets beskyttende effekt på utvikling av tuberkulose (15, 20), men de senere årene er det også kommet flere studier som viser en signifikant positiv korrelasjon mellom s-25(OH)D og *Helicobacter pylori*-spesifikke antistoffer (21, 22). Det må således kunne antas at Vitamin-D har en viktig rolle i kontrollen av kroppens inflammatoriske reaksjon også på denne basillen (15, 22). Med andre ord: Det er grunn til å tro at D-vitaminmangel disponerer for magesår. Malabsorpsjon ved sykdommer i fordøyelsesorganene kan også disponere for vitamin-D mangel (25). Likevel, tanken på D-vitaminmangel som disponerende faktor for Aminas tiltakende mage/tarm-problemer synes ikke å ha streift de legene som hun var i kontakt med.

I desember 2012 begynte Amina å oppsøke kvinnesenteret. Hennes fem barn var nå blitt så store at hun kunne tenke litt på seg selv, og hun ville da gjerne komme seg ut og bidra til samfunnet. Av den grunn oppsøkte hun NAV, og ble med i et kvalifiseringsprogram. Etter en tid ble hun imidlertid sykmeldt på grunn av sine fordøyelsesproblemer, og da hun kom tilbake, skulle hun ut i praksis. Det var planlagt at hun skulle jobbe på hotell og re senger. Hun skjønte straks at dette ville hun ikke klare på grunn av smertene og den svake ryggen. På NAV mente de da at hun trengte trening og det var de som hadde henvist henne til kvinnesenteret. Da hun begynte der hadde hun problemer med

rygg, hofter og parestesier ut i høyre bein. Hun hadde også smerter i skuldrene og utover i høyre arm. Armen var øm både ved berøring og når hun skulle løfte eller bære noe. Overkroppen var så øm at hun ikke klarte å bruke BH, og hun klarte nå knapt å gå.

Klinisk er proksimale smerter kombinert med muskelsvakhet og endret gangfunksjon karakteristisk for osteomalacia. Videre gir smerter eller ømhet ved lett palpasjon av sternum, tibia, ulna eller radius sterke holdepunkt for diagnosen (26). Den uttalte ømheter i overkroppen som Amina beskriver kan tyde på at slike funn sannsynligvis ville bli gjort ved klinisk undersøkelse. Men Aminas lege hadde ikke undersøkt kroppen hennes, bare «lyttet på hjertet og tatt blodtrykket». Hun hadde fortsatt ingen diagnose.

Diagnosen osteomalacia stilles fortrinnsvis serologisk, dvs. ved å måle serumnivå av 25(OH)D og parathormon.

På kvinnesenteret ble hun oppfordret til å få undersøkt sin D-vitaminstatus. Dette ble gjort først i mars 2013. 25 (OH)D var da 39 nmol/l. Amina husker ikke om det også var snakk om parathormon, men da hun kom tilbake til Helseforumet ble hun forklart at kroppen trenger D-vitamin, gjerne også omega-3, kalsium og magnesium, og hun gikk til apoteket for å skaffe seg kosttilskudd med disse stoffene. Siden har hun brukt det jevnlig. I tillegg lærte hun tøyingsøvelser av en idrettspedagog. Hun fikk dyp tverrmasasje over store deler av kroppen med forsiktig tøyning av den smertefulle muskulaturen, og etter hvert – i løpet av uker og måneder – ble bevegeligheten bedre, og hun kunne begynne å delta i treningsgrupper. Etter ca et halvt år med iherdig trening merket hun en tydelig forandring med hensyn til smertene. Samtidig steg serumnivået av 25 (OH)D til 50 nmol/l.

Det som her mangler i Aminas historie, men som lederen ved senteret kunne supplere med, er at på kvinnesenteret møtte hun andre kvinner som hadde vært i samme situasjon. De kunne fortelle hvordan de hadde arbeidet seg ut av sin misere, gi enkle råd og vink, samtidig som de gav støtte og motivasjon i endringsarbeidet. Selv om Amina ikke selv la så mye vekt på dette, er det grunn til å tro at denne sosiale kontakten var like viktig for Aminas fremgang som kosttilskudd og «sykegymnastikk». Men problemene var fortsatt ikke over:

I 2013 kom Ramadan i juli. Om sommeren er fasten lang, opp mot 20 timer. En dag under fasten fikk Amina problemer med pusten. Hennes mann var på reise i utlandet, men barna var hjemme. De fikk tilkalt ambulanse som tok henne til Legevakten hvor hun ble undersøkt. Der fant de ikke noe galt, og de bad henne ta kontakt med sin fastlege. Gradvis følte hun seg bedre, inntil hun fikk



et nytt anfall i oktober. Hun hadde da følelsen av å skulle besvime, fikk ikke puste og det var som om hjertet skulle stoppe. Av legen fikk hun beskjed om å legge seg ned med beina høyt, drikke kaldt vann og slappe av. Selv oppsøkte hun en hjerteklinikk. Heller ikke der fant de noe, men problemene fortsatte, og hun visste ikke hva det var som feilte henne. «Jeg er ikke frisk!» sa hun. «Du tenker for mye på sykdom!» sa legen, «... ikke vær så bekymret, ikke tenk på hva som feiler deg – og drikk mye vann».

Det Amina her forteller ligner mest på et anfall av panikkangst. Hva som utløste det i Aminas tilfelle er ukjent. Om en skulle søke en biokjemisk årsak til hennes angstanfall er det etter mitt skjønn mer nærliggende å se på vekslingen mellom langvarig faste og overspising av mat med svært høyt sukkerinnhold enn hennes D-vitaminmangel – selv om det er påvist forhøyet angstnivå hos vitamin D-depriverte gnagere (16). Det som imidlertid er poenget er at disse episodene førte til ytterligere bekymringer, ytterligere legebesøk, og en søken etter forklaringer som hun aldri fikk. Hennes kroniske smerter, som nå allerede er blitt mye bedre, kom imidlertid i en periode noe i bakgrunnen.

Etter hvert fant hun selv ut at hun burde holde seg unna poteter, ris, honning, dadler, og være forsiktig med kjøtt. Best gikk det når hun holdt seg til fisk – laks og torsk – og spiste kokte grønnsaker. Nå, etter vel ett år, føler Amina seg bra. Hun deltar aktivt i kvalifiseringsprogrammet igjen, og ser frem til å få seg en jobb og tjene sine egne penger.

Diskusjon

For intervjueren tok det over en time å få en rimelig klarhet i Aminas historie. Dette syntes nok ikke hennes lege at hun kunne ta seg tid til. Likevel må en spørre seg om ikke dette ville vært vel anvendt tid, spesielt når en ser tilbake på hvilke lidelser Amina måtte leve med og den unødvendige bruken av tekniske ressurser som saken bærer preg av. Amina var en bestemt dame som kunne hevde seg når hun visste hva hun ville: «Legene må gi pasientene tid, og de må høre. Når en ikke snakker godt norsk og har vansker med å forklare seg, blir en stresset, og det er lett å gi opp. Ved flere tilfeller *stod* legen mens hun snakket til meg! Det var tydelig at hun bare ville at jeg skulle gå, men JEG satt!» Langt fra alle er som Amina. Men hennes tilfelle bærer også preg av kompliserte og sammensatte problemstillinger hvor årsakssammenhengene er uklare. Hva er forårsaket av vitaminmangelen? Hva skyldes fysisk belastning hos denne fembarns-moren som ofte måtte være

alene om barna? Fantes det andre belastninger av mer psykisk natur– eller mulige konflikter? Hva med opplevelsen av at hennes synspunkter ikke ble hørt og tatt alvorlig av legen? Og, om en nå tar et overordnet blikk på konsultasjonen: Hadde legen for lite kjennskap til symptomatologien ved osteomalaci? Satt hun fast i diagnoser som fibrositt eller somatiseringssyndrom? Skyldtes legens manglende oppmerksomhet og interesse at hun var tilfreds etter å ha påvist *Helicobacter pylori* som årsak til Aminas plager– en infeksjon som Amina for øvrig fikk en svært halvhjertet behandling for? Dessuten: behovet for en forklaring som pasienten forstår, kan akseptere og feste lit til må ikke undervurderes.

Diagnostiske overveielser

Overveiende proksimale smerter og muskelsvakhet, depresjon, magesår, plager fra fordøyelsessystemet – peker i retning av fysiologiske endringer som kan skyldes utilstrekkelig D-vitaminnivå. Nå må det sies at ikke alle med D-vitaminmangel utvikler slike symptomer som Amina. Heller ikke var Aminas D-vitaminnivå spesielt lavt. Men det kan ha vært utilstrekkelig over svært lang tid, kanskje i flere år før hun kom til Norge. Og det tok over 10 år fra hun opplevde tiltakende smerter fra muskel/skjelettsystemet til hun fikk behandling som hjalp. Når legen, slik som i dette tilfellet, står over for en mørkhudet pasient som dekker seg til, og som beretter om diffuse, proksimale smerter og muskelsvakhet – gjerne i form av endret gange, vansker med å reise seg fra en stol eller problemer med å gå i trapper eller løpe – sier anamnesen det meste. Men den kliniske undersøkelsen er også viktig, av to grunner: dels fordi funnene (beskrevet over) er nokså karakteristiske, dels fordi den felles oppmerksomheten om pasientens ømme punkter i høy grad kan bidra til å etablere en meningsfull kommunikasjon

mellom lege og pasient (35). Legen setter bokstavelig talt fingeren på problemet. Og kliniske funn som ømhet og smerter ved lett trykk med tommelen over sternum, tibia eller underarmsben må føre til videre utredning for tilstanden.

Diagnosen osteomalacia kan enkelt verifiseres serologisk. Tradisjonelt er s-25(OH)D >50 nmol/l ansett som tilfredsstillende, mellom 25 og 50 nmol/l som suboptimalt, og <25 nmol/l regnes som betydelig D-vitaminmangel (28). (For en diskusjon, se også kronikk i *Tidsskrift for Den norske legeforsening* nr. 7, 2014). Sett i lys av dette var ikke Aminas verdier alarmerende lave. De siste årene har imidlertid diskusjonen om hva som er et optimalt nivå blusset opp igjen. Også suboptimale verdier er assosiert med stigning av PTH og økt benomsetning, og kan være utilstrekkelig for å opprettholde optimale biologiske forhold (28). Flere studier viser dessuten at de mest fordelaktige serumkonsentrasjonene starter ved 75 nmol/l og at optimale verdier ligger rundt 90–100 nmol/l (29, 33). En bør likevel være oppmerksom på at s-25(OH)D hos mange kan variere med årstiden. Parathormon, derimot, vil, dersom det er forhøyet, gjerne holde seg stabilt forhøyet over lengre tid (18).

Men for at diagnosen skal stilles må legen ha muligheten i tankene. I Aminas tilfelle kjenner vi ikke verdien av parathormon. Hun var, så vidt jeg kunne bringe på det rene, heller ikke undersøkt klinisk. Diagnosen er fortsatt ikke verifisert. Det kan være at en del leger er ukjente med det kliniske bildet, eller at de ikke er oppmerksomme på hvor utbredt denne tilstanden er, særlig blant innvandrere fra Midtøsten, Sør-Asia og Afrikas Horn. Den manglende oppmerksomheten av slike lidelser kan skyldes at legen har bestemt seg for at smertene er psy-

Best gikk det når hun holdt seg til fisk – laks og torsk – og spiste kokte grønnsaker.





kisk betinget. Det er en kjensgjerning at innvandrere gjerne tilbys diagnosen *somatiseringslidelse* (36). *Fibromyalgi* er også en populær lidelse. Leger er med andre ord ikke frie for fordommer, og situasjonen blir ikke enklere når konsultasjonen preges av språkvansker og ulike oppfatninger av hva saken egentlig dreier seg om.

Behandling

Flere studier av nyere dato mer enn antyder at D-vitaminsubstitusjon i tilstrekkelige doser gitt over et visst tidsrom er nok til at smertene blir borte (30, 31, 32). Andre studier viser god, om enn noe mer moderat effekt (36, 37). I en meta-analyse over randomiserte, kontrollerte studier fant man i 7 av 11 studier at vitamin D-substitusjon gav økt muskelstyrke i beina, redusert kroppssvai samt bedring av andre fysiske parametere (38). Men behandlingen tar gjerne uker og måneder (39). Også ved kvinnesenteret som Amina oppsøkte har man erfaring med at D-vitamintilskudd hjelper. Men de kvinnene som kommer hit har ofte så mange grunner til å ha vondt. Det dreier seg om fysiske så vel som psykiske belastninger. Kroppen blir anspent, verker og stivner til. En orker ikke å gå ut med mindre det er helt nødvendig. Omgangskretsen snevres inn og sosial isolasjon truer. Noen står på til de ikke klarer mer, ofte av hensyn til barna, mens andre blir sittende foran TV-apparatet. Kombinert med et uheldig kosthold kan det lett oppstå onde sirkler, som kanskje får en ekstra omdreining når en opplever avvisning fra andre og tilliten til at andre kan eller vil hjelpe skranter. Kvinnesenteret satser på å skape en motvekt til dette. Gode sirkler etableres ved å skape et godt sosialt miljø, et sted hvor nyttig informasjon flyter og sosial støtte kan påkalles, ikke minst for å øke motivasjon og utholdenhet. Det er innenfor rammen av et slikt miljø at kosttilskudd kombineres med strekkeøvelser, trening og dyp massasje. I grupper preget av tillit og gjensidighet kan kvinnene tilegne seg ord og begreper som gjør det lettere å begripe hverdagens utfordringer, samtidig som de inspirerer seg selv og andre til økt bevegelse og til å utvide sitt handlingsrom.

Alt dette kan naturlig nok ikke være opp til allmennpraktikeren alene. Men allmennpraktikeren kan kanskje bidra til at frisklivssentralene, som nå er under etablering, ikke bare blir et sted for videre henvisning eller for koordinering av spredte tiltak, men at de utvikler seg i en retning hvor kulturelle, sosiale, kognitive og fysiske elementer kan integreres og styrke hverandre.

For en kvinne som kanskje er mor til fem barn, selv strever med å kvalifisere seg for yrkeslivet og hvor mannen ofte er fraværende, er det helt avgjørende at hun innen rimelig tidsramme kan få sine behov dekket på ett og samme sted. Dersom hun er henvist til å oppsøke ulike behandlere på ulike steder til ulike tider, kan behandlingssituasjonen i seg selv bli så stressende at «vinningen går opp i spinningen».

Her kan vi ta inspirasjon fra toppidretten: For å prestere optimalt må kroppen være i form, men det handler også om selvtillit og kognitiv mestring av vanskelige situasjoner og sterk lagånd.

REFERANSER

- Holick, M.F. (2007) Vitamin D Deficiency. Review article *The New England Journal of Medicine* Vol. 357 No. 3 s. 266–281.
- Erkal, M.Z. et al (2006) High prevalence of vitamin D deficiency, secondary hyperparathyroidism and generalized bone pain in Turkish immigrants in Germany: identification of risk factors *Osteoporos Int*. Vol 17, s. 1133–1140.
- Van der Meer, I.M. et al (2011) Prevalence of vitamin D deficiency among Turkish, Moroccan, Indian and sub-Saharan African populations in Europe and their countries of origin: an overview *Osteoporos Int* Vol. 22, s 1009–1021.
- Clemens T.L. et al (1982) Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesise vitamin D₃ *Lancet* Vol. 319, No. 8263, s 74–76.
- Holvik, K. et al (2005) Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study *Eur J Clin Nutr* Vol. 59, No 1, s 57–63.
- Madar, A.A. et al (2009) Vitamin D-status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey and Somalia and their infants attending a child health clinics in Norway *Br J Nutr*. Vol 10, No.7, s 1052–8.
- Skull, S.A. et al (2003) Vitamin D deficiency is common and unrecognized among recently arrived adult immigrants from The Horn of Africa *Internal Medicine Journal* Vol. 33, s 47–51.
- Eggemoen, Å.R. et al (2013) Vitamin D status in recently arrived immigrants from Africa and Asia: a cross-sectional study from Norway of children, adolescents and adults *BMJ Open* 3:e003293.
- Aucoin, M. (2013) Vitamin D status of refugees arriving in Canada *Can Fam Physician* Vol. 59: e 188–94.
- Wang, T.J. et al (2008) Vitamin D Deficiency and Risk of Cardiovascular Disease *Circulation* Vol. 117, s 503–11.
- Grineva, E.N. et al (2013) Vitamin D deficiency is a risk factor for obesity and diabetes type 2 in women at late reproductive age *Aging* Vol. 5, No. 7 s 575–581.
- Sugden, J.A. (2008) Vitamin D improves endothelial function in patients with type 2 diabetes mellitus and low vitamin D levels *Diabetic Medicine* Vol. 25, s 320–325.
- Aranow, C. (2011) Vitamin D and the Immune System *J Investig Med* Vol. 59 No. 6, s. 881–886.
- Priehl, B. et al (2013) Vitamin D and Immune Function *Nutrients* Vol. 5, s. 2502–2521.
- Schwalfenberg, G.K. (2011) A review of the critical role of vitamin D in the functioning of the immune system and the clinical implications of vitamin D deficiency *Mol. Nutr. Food Res* Vol. 55, s. 96–108.
- McCann, J.C. & Ames, B.N. (2008) Is there convincing biological or behavioral evidence linking vitamin D deficiency to brain dysfunction? *Review FASEB Journal* Vol. 22, 982–1001.
- Souberbielle, J.-C. et al (2010) Review: Vitamin D and musculoskeletal health, cardiovascular disease,

autoimmunity and cancer: Recommendations for clinical practice *Autoimmunity Reviews* Vol. 9, s. 709–715.

- Nellen J. et al (1996) Lesson of the Week: Hypovitaminosis D in immigrant women: slow to be diagnosed *BMJ* 312: 570.
- Rasheed, K. et al (2013) Severe Vitamin D Deficiency Induced Myopathy Associated with Rhabdomyolysis *North American Journal of Medical Sciences* Vol. 5, No. 5, s. 334–336.
- Yamshikov, A.V. (2009) Vitamin D for treatment and prevention of infectious diseases: a systematic review of randomized controlled trials *Endocr Pract* Vol. 15, No. 5, s 438–449.
- Nasri, H. & Baradaran, A. (2007) The Influence of Serum 25-hydroxy Vitamin D Levels on Helicobacter Pylori Infections in Patients with End-Stage Renal Failure on Regular Hemodialysis *Saudi J Kidney Dis Transplant* Vol. 18, No. 2, s 215–219.
- Guo, L. et al (2013) Helicobacter pylori Induces Increased Expression of the Vitamin D Receptor in Immune Responses *Helicobacter* Vol. 19, s 37–47.
- Mithal, A et al (2009) Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D *Osteoporos Int* Vol. 20, 1807–1820.
- Anglin, R.E.S., et al (2013) Vitamin D-deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis *The British Journal of Psychiatry* Vol. 202, s 100–107.
- Javorsky, B.R. et al (2006) Vitamin D Deficiency in Gastrointestinal Disease *Practical Gastroenterology* March 2006, s 52–72.
- Holick, M.F. (2003) Vitamin D Deficiency: What a Pain It Is *Mayo Clinic Proceedings* Vol. 78, s. 1457–1459.
- Sveaass, N. & Reichelt, S. (2011) Familiegenforening i eksil – en utfordring for familierapeuter *FOKUS på familien* No. 3, s. 210–217.
- Meyer, H. et al (2006) Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen Oslo: Nasjonalt råd for ernæring.
- Bishoff-Ferrari, H.A. et al (2006) Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes *Am J Clin Nutr* Vol. 84, s. 18–28.
- Al Faraj, S. & Al Mutairi, K. (2003) Vitamin D deficiency and chronic low back pain in Saudi Arabia *Spine* Vol. 28, No. 2, s. 177–9.
- Abokrysha, N.T. (2012) Vitamin D deficiency in women with fibromyalgia in Saudi Arabia *Pain Med* Vol. 13, No. 3 s. 452–8.
- Abbasi, M. et al (2012) Is vitamin D deficiency associated with non specific musculoskeletal pain? *Glob J Health Sci*. Vol. 5, No. 1, s. 107–11.
- Bishoff-Ferrari, H.A. et al (2010) Benefit – Risk Assessment of Vitamin D Supplementation *Osteoporos Int* Vol. 21, No. 7, s 1121–1132.
- Aambø, A. (2007) Den smertefulle konsultasjonen, i A. Aambø (red) *Smarter – smerteopplevelse og adferd* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag s. 183–214.
- Aambø, A. (2013) «Snakker vi om det samme?» Klinisk kommunikasjon i det flerkulturelle rom, i K. Johnsen & H.O. Engvold *Klinisk kommunikasjon i praksis* Oslo: Universitetsforlaget.
- Torrenté de la Jara, G. et al (2006) Female asylum seekers with musculoskeletal pain: the importance of diagnosis and treatment of hypovitaminosis D *BMC Family Practice* Vol. 7, No. 4.
- Huang, W. et al (2013) Improvement of Pain, Sleep, and Quality of Life in Chronic Pain Patients With Vitamin D Supplementation *Clin J Pain* Vol. 29, No. 4, s 341–347.
- Rejnmark, L. (2011) Effects of vitamin D on muscle function and performance: a review of evidence from randomized controlled trials *Ther Adv Chronic Dis* Vol. 2, No. 1, s 25–37.
- Schreuder, F. et al (2012) Vitamin D Supplementation for Non-specific Musculoskeletal Pain in Non-Western Immigrants: A Randomized Controlled Trial *Annals of Family Medicine* Vol. 10, No. 6, s 547–555.