

D-vitaminbrist – vems ansvar?

Brist på D-vitamin skapar allvarlig ohälsa – men ingenting görs. Myndigheter, sakkunniga och politiker bör redogöra för åtgärder som ska vidtas för att komma till rätta med detta allvarliga hot mot folkhälsan, anser författarna.

Det är väl känt att vi bor i ett solfattigt land, beläget lika långt norrut som Sibirien. På sommaren kan vi producera D-vitamin själva med hjälp av solen, men inte alls under vinterhalvåret eftersom solen, när den visar sig, står för lågt. Brist på D-vitamin är bland annat associerad med översjuklighet i tjocktarmcancer, diabetes typ 1 och 2, multipel skleros, benskörhet, hjärtsvikt, stroke och depression [1]. Allvarlig D-vitaminbrist under uppväxten ger engelska sjukdom med felställningar i skelettet, vilket var vanligt även i Sverige på 1800-talet. På senare år har denna sjukdom sorgligt nog fått en renässans.

Hos vuxna ger D-vitaminbrist värk, muskelsvaghet, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet och irritabilitet [1, 2]. Oklara smärttillstånd hos framför allt invandrade kvinnor har tolkats som psykisk smärta förlagd till kroppen och ångest som resultat av posttraumatiskt stressyndrom, även när de kan ha orsakats av en behandlingsbar D-vitaminbrist.



SUSANNE BEJEROT
överläkare, docent,
Karolinska institutet,
Stockholm
susanne.bejerot@
sll.se



ANN GARDNER
överläkare, medicine
doktor, Järvapsykia-
trin, Stockholm



MATS HUMBLE
överläkare, äldrepsy-
kiatri, Akademiska
sjukhuset, Uppsala

D-vitamin är centralt för vår psykiska och fysiska hälsa och för en normal fosterutveckling. Förutom från solljus får vi D-vitamin via kosten, främst från fet fisk och vitaminberikade mejeriprodukter. Kosten ger dock högst 50 procent av vad som behövs för att nå adekvata nivåer i blodet. Svenskar med annan kulturell bakgrund äter dessutom ofta en kost där varken sill, strömming eller D-vitaminberikade mjölkprodukter ingår i nämnvärd omfattning. En mångfald studier visar mycket låga nivåer hos personer med invandrabakgrund (i studierna ingår även personer från Asien och Mellanöstern). En annan högriskgrupp är personer med psykiatriska problem som sällan vistas ute i solen. Hos personer med psykosjukdom, autismspektrumtillstånd (inkluderar Aspergers syndrom och autism) [3, 4] och hos utvecklingsstörda med allvarliga beteendestörningar är värdena mycket låga, enligt sammanställningar från Sverige och Norge.

Det finns också ett hypotetiskt samband mellan låga D-vitaminnivåer hos somaliesvenskar och en överrepresentation av autism hos deras barn. Om detta har vi skrivit på DN Debatt och i Läkartidningen [5], och vi har uppmanat till att D-vitaminivåer i blodet undersöks regelmässigt hos gravida, eller att D-vitamin ordineras som tillskott till blivande mödrar i likhet med folsyra.

En nypublicerad studie visar att D-vitaminivåerna hos svenska gravida kvinnor med somaliskt ursprung är extremt låga (medianvärde 11 nmol/l) vilket tyder på en mycket svår brist. Även 15 procent av kvinnor med svenskt ursprung hade låga värden (<50 nmol/l), trots att provet togs direkt efter sommaren [6]. En rundringning



Endast på sommaren kan vi själva producera D-vitamin med hjälp av solen. Författarna anser att D-vitamintillägg med uppföljning bör erbjudas alla riskgrupper i Sverige.

till fem mödravårdscentraler i Stockholmsförorter med hög andel invandrad befolkning (Kista, Huddinge, Botkyrka) och två mödravårdscentraler i Stockholms city, visar att man i stort sett aldrig undersöker D-vitaminivåerna, oavsett om kvinnorna bär slöja, har mörk hudfärg eller vid brist på solexponering hos den blivande mamman. På sin höjd föreslår man berikade lättmjölkprodukter, trots att många av tradition inte dricker mjölk. Om detta förbiseende kan förklaras utifrån väntan på riktlinjer från Socialstyrelsen eller Livsmedelsverket, eller på tidsbrist, okunskap eller en för snäv budget, är svårt att veta. Vi vill inte tro att det handlar om oförmåga att sätta sig in i andra etniska gruppers behov.

I en stor placebokontrollerad amerikansk studie på gravida kvinnor godkände inte den amerikanska etikprövningsnämnden att placebogruppen fick ett lägre tillskott än 400 IE per dag på grund av risken för D-vitaminbrist hos fostret. Interventionsgruppen ordinerades 4 000 IE per

dag [7]. I Sverige ordineras inget tillskott. Genom kosten får kvinnor i fertil ålder i genomsnitt i sig cirka 200 IE. Det räcker med andra ord inte långt. Vi anser att det är cyniskt att låta detta fortgå. Ett rikt och civiliserat land bör visa omsorg om sina svagaste och mest utsatta medborgare. Lika självklart som att solskyddsmedel förespråkas om man reser söderut bör D-vitamintillägg med uppföljning erbjudas alla riskgrupper i Sverige. Dessutom bör D-vitaminivåerna undersökas hos alla som söker vård för diffusa smärttillstånd, nedstämdhet eller annan psykisk ohälsa. Priset för undersökning och behandling är försumbart jämfört med de vinster man kan vänta sig. Vi vill att berörda myndigheter (Livsmedelsverket, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet) samt sakkunniga och ansvariga politiker tar bladet från munnen och redogör för vilka studier som krävs och vilka åtgärder som ska vidtas för att komma tillrätta med detta allvarliga hot mot folkhälsan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Pearce S, Cheetham T. Diagnosis and management of vitamin D deficiency. *BMJ*. 2010;340:b5664.
2. Humble MB. Vitamin D, light and mental health. *J Photochem Photobiol B*. 2010;101(2):142-9.
3. Berg AO, Melle I, Torjesen PA, Lien L, Hauff E, Andreassen OA. A cross-sectional study of vitamin D deficiency among immigrants and Norwegians with psychosis compared to the general population. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(12): 1598-604.
4. Humble MB, Gustafsson S, Bejerot S. Low serum levels of 25-hydroxyvitamin D (S-25-OHD) among psychiatric outpatients in Sweden: relations with season, age, ethnic origin and psychiatric diagnosis. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2010; 121(1-2):467-70.
6. Sääf M, Fernell E, Kristiansson F, Barnevik Olsson M, Gustafsson SA, Bågenholm G. Severe vitamin D deficiency in pregnant women of Somali origin living in Sweden. *Acta Paediatr*. 2011;100(4):612-4.