

Vitamin D og innvandrerkvinner:

Hvordan kan egeninnsats bedre vitamin D-nivået, og hvilke barrierer foreligger for tiltak?

En fokusgruppeundersøkelse (2013)

Velkommen **Welcome** स्वागत

**Har du lavt vitamin D-nivå?
Er du samtidig innvandrerkvinne?**
Da kan du være med i en samtalegruppe om dette!

استقبال

Vi er to medisinstudenter som ønsker å høre med om hvordan det er å leve med lave vitamin D-nivåer.

الترحيب

Hva kan vi tilby?
-En hyggelig kveld med andre innvandrerkvinner
-En lett servering med kaker og drikke

Hva kreves av deg?
-At du har fått påvist lave vitamin D-nivåer
-At du er en jente/kvinne med innvandrerbakgrunn

Grata

স্বাগত

**Vil du vite mer?
Ta kontakt med resepsjonen eller din lege ved Romsås Legesenter.**

வரவேற்பு

خوش آمدید

UiO : Universitetet i Oslo

Forfattere: Somaye Darvishi & Mana Salaman

Veileder: Per Lagerløv. Avdeling for allmennmedisin. Institutt for helse og samfunn.



Innholdsfortegnelse

Innledning	4
Metode og materiale	6
Den kvalitative metode.....	6
Utvikling av intervjuguide.....	6
Rekruttering	7
Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	7
Analyse av materiale.....	9
Etikk.....	9
Resultat	10
Reaksjoner på budskapet om deres lave vitamin D-nivå.....	10
Deres kunnskap om vitamin D.....	11
Hvilke tanker hadde kvinnene om deres vitamin D-mangel?	11
Forslag til tiltak mot vitamin D-mangel	11
Hvilken effekt mener kvinnene at deres egen helse har på familien?.....	12
Barrierer for tiltak	13
Diskusjon	15
Tradisjonsbærere.....	15
Hudpigmentering og bekleddning	16
Tillitsmangel til legen	16
Språkbarriere	17
Genetisk årsak, ikke påvirkbar av tiltak?	18
Svakheter og styrker ved studien.....	18
Konsekvenser for praksis.....	19
Oppsummering	20
Litteratur	21

Vedlegg	23
Vedlegg 1: Svar fra REK.....	23
Vedlegg 2: Intervjuguide	24
Vedlegg 3: Plakat	26
Vedlegg 4:Innmeldingsskjema	27
Vedlegg 5: Informasjonsskriv til deltakerne.....	28
Vedlegg 6: Informasjonsskriv om vitamin D-mangel.....	31

Innledning

Vitamin D er sentralt for normal benmetabolisme og alvorlig mangel kan føre til rakitt i yngre alder og osteomalasi hos de voksne. Videre er det funnet en sammenheng mellom mangel på vitamin D og utvikling av sykdomstilstander som multippel sklerose, cancer og diabetes.¹

De to viktigste kilder for tilgang på vitaminet er gjennom kost og soleksponering. Når det gjelder kosthold er det få matvarer som inneholder vitamin D. De viktigste kilder er tran, fet fisk, og meieriprodukter som er tilsatt vitaminet. Da Norge er et land langt mot nord vil solen være oppe over horisonten i kortere tid enn i land lengre sør. Tilskudd av vitamin D gjennom kosten blir derfor spesielt viktig, særlig om vinteren. Studier har vist at immigranter har bedre vitamin D-status i hjemlandet sammenlignet med verdier ved lengre opphold i nordlige land.^{2,3} Andre faktorer som spiller en sentral rolle er graden av hudpigmentering. Mye pigment hindrer UVA- og UVB-stråler å nå områder av huden der slik stråling aktiverer forstadier til vitamin D (7-dehydrokolestrol) til dannelse av vitamin D₃, noe som gjør mange ikke-vestlige innvandrere i Norge til en spesielt utsatt gruppe.⁴ Videre bidrar ulike kostvaner ytterligere til problematikken. Tradisjonelt sett er det kvinner (i rollen som hjemmевærende husmødre) som er ansvarlige for alt husarbeid, inkludert matlaging. Velkjente smaksopplevelser som familiemedlemmene er fortrolig med formidler deres kultur og skaper samhørighet og felles identitet i deres nye hjemland. Disse kvinnene står derfor ofte mindre fritt i å velge nye retter og ingredienser. Dermed blir matvaner fra hjemlandet importert og inkorporert i deres nye liv i Vesten. Dette kan videre bidra til mangeltilstander hvis deres tradisjonsrike kost ikke er rik på vitamin D.⁵

Vitamin D-status i den norske befolkning er sammenlignet med folk fra andre industriland lengre sør i Europa generelt god. Likevel er det en større gruppe av befolkningen som har lav vitamin D-status. Både tenåringer, gravide og eldre er spesielt utsatte grupper. Videre er mange ikke-vestlige innvandrere en høyrisikogruppe for vitamin D-mangel.³

Mange innvandrerkvinner er grunnet kulturelle årsaker og religiøse påbud spesielt utsatt for mangel på vitamin D. Mennesker med mørk hud har behov for en større UV-dose for å oppnå et adekvat vitamin D-nivå og på grunn av kulturelle og religiøse påbud er ikke-vestlige folkegrupper ofte mer tildekket med klær som hindrer UV-stråling i nå huden. Videre bringer mange av innvandrerne, som tidligere nevnt, med seg sine matvaner fra deres hjemland som i

liten grad består av fet fisk og meieriprodukter tilsatt vitamin D. Disse enkeltfaktorene fører samlet sett til at denne spesifikke gruppen er spesielt utsatt for vitamin D-mangel og dermed høyere risiko for utvikling av osteomalasi, samt økt risiko for kreftsykdommer og autoimmune sykdommer. Et viktig forhold ved dette er at mangel på vitaminet i fertil alder kan være en betydelig risikofaktor for utvikling av rakitt hos avkom av disse mødre. Dessuten er det vist en sammenheng mellom vitaminet og depresjon og multippel sklerose. En nyere norsk studie har vist at i en pasientgruppe med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, hodepine eller tretthet hadde 83 % av mørkhudede innvandrere i Oslo vitamin D-nivå <50 nmol/l, noe som sammenlignet med etniske nordmenn kun forekom hos 33 %.⁶

Norge har blitt et flerkulturelt land med stadig vekst av befolkning med annen kulturell bakgrunn. En større oppmerksomhet rundt innvandreres helse vil være av betydning for et velfungerende helsesystem og ikke minst god helsehjelp.⁷

I 1999 etablerte Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet en arbeidsgruppe til å utarbeide et forslag til tiltak for å forebygge vitamin D-mangel og rakitt blant innvandrere. Vitamin D tilskudd, endret kosthold og større grad av soleksponering ble foreslått som viktige tiltak. Tidligere undersøkelser har belyst at tilstrekkelig informasjon, både i form av skriftlig og muntlig kommunikasjon ved hjelp av tolk er essensielt for god compliance.⁸ Nyere undersøkelser viser at denne befolkningsgruppen fortsatt er en utsatt gruppe og at mangel forekommer i betydelig utstrekning.¹

Innvandrerkvinner oppsøker fastlegen for smerter i muskel- og skjelettapparatet, tretthet og hodepine. Ved et legesenter øst i Oslo er det blitt vanlig å ta vitamin D-status hos disse kvinnene. Kvinnene får råd om hva de skal gjøre for å forbedre sine vitamin D-verdier, og noen får vitamin D tilskudd.⁶ Imidlertid vet en lite om hvordan innvandrerkvinner oppfatter sitt møte med fastlegen og hvilke barrierer de ser i forhold til de råd de fikk. Da vi selv har innvandrerbakgrunn, fra Afghanistan og Iran, tenker vi at det er her vi har den største vanskelighet når disse kvinnene skal hjelpes. For å undersøke dette nærmere fikk vi anledning i to gruppesamtaler med innvandrerkvinner som hadde fått påvist lavt vitamin D å drøfte hvordan de ser på egen mulighet til å gjøre noe med situasjonen, sin egen og familiens vitamin D-status.

Metode og materiale

Siden denne oppgaven handler om å søke kunnskap om innvandrerkvinneres holdninger rundt og oppfatninger av vitamin D-mangel, valgte vi å foreta en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av kvinner med innvandrerbakgrunn som har fått påvist lave vitamin D-verdier. Etter som alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter (herunder kvalitative studier) skal forhånds godkjennes av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), la vi i forkant av arbeidet studien frem for komiteen. REK mente imidlertid at grunnet studiets art var komiteens godkjenning ikke nødvendig for gjennomføring av prosjektet. Det ble understreket i svaret at det ikke var noe etisk betenkelig ved studien og at gjennomføringen dermed kunne forløpe som planlagt (vedlegg 1).

Den kvalitative metode

Fordelen med den kvalitative metode er at den kan bidra til å bringe frem i lyset forhold som det generelt er lite kjennskap om, og samtidig kan den åpne for ny og uventet kunnskap. Dessuten kan metoden utvikle vitenskapelig kunnskap preget av mangfold og nyanser. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng.⁹

Fokusgruppeintervju er en metode innenfor kvalitativ studie som legger stor vekt på samhandlingen mellom deltakerne, og vektlegger kombinasjonen av gruppeinteraksjon og emnefokus gjennom en felles samtale. Den er velegnet til å finne forbedringsområder ut fra hva brukerne eller andre opplever eller savner, samt gi ideer til hva som bør gjøres annerledes.¹⁰

Utvikling av intervjuguide

Gjennomføringen av fokusgruppene tok utgangspunkt i intervjuguiden vår. Denne bestod av åtte overordnede spørsmål, samt flere korte delspørsmål (vedlegg 2). Utformingen av intervjuguiden tok hensyn til kvinnenes mangfoldighet, både når det gjelder deres kulturelle bakgrunn og antakelse om liten grad av utdanning og svake norskkunnskaper. Dette ved at intervjuguiden bestod av enkle, åpne spørsmål som hovedsakelig baserte seg på erfaringer og opplevelser fremfor kunnskap. I arbeidet med utviklingen av spørsmålene tok vi til hjelp vår egen bakgrunn som ikke-vestlige innvandrere, samt egenerfaringen til en av oss som pasient med vitamin D-mangel. Intervjuguiden ble så i forkant av intervjuene pilotert på tre av våre egne bekjente med

innvandrerbakgrunn. Ved hjelp av dette fikk vi en indikasjon på at spørsmålene i intervjuguiden var lett forståelig og at den trolig ville fungere godt i samtalene.

Rekruttering

Etter som vi var interessert i en spesifikk gruppe av innvandrerkvinner, nemlig innvandrerkvinner over 18 år med lave vitamin D-verdier, var vi avhengige av hjelp til rekrutteringen. I den forbindelse tok vi kontakt med Romsås legesenter som (etter at vi la frem en presentasjon av studien) sa seg villig til å hjelpe oss med rekrutteringen. Vi fikk trykt opp to store plakater (vedlegg 3), og én av disse ble hengt opp på venteværelset på legesenteret. Hensikten med plakaten var å danne en introduksjon til studien og samtidig presentere oss selv, som legestudenter og ikke minst som innvandrerkvinner. Dette fordi vi anså vår egen innvandrerbakgrunn som en mulig tillitsbygger hos kvinnene. Videre hadde vi laget enkle innmeldingsskjemaer (vedlegg 4) som vi delte ut til legene ved legesenteret. Hensikten var at legene skulle rekruttere pasienter med lave vitamin D-verdier. Det ble påpekt ved rekrutteringen at dette ikke var en bindende påmelding, kun et uttrykk om at kvinnene ønsket ytterligere informasjon om prosjektet. Kvinnene mottok så en skriftlig invitasjon (vedlegg 5) som vi på forhånd hadde delt ut til legene. Ved senere telefonkontakt fra oss fikk de ytterligere informasjon om studien vår og en invitasjon til fokusgruppeintervju. Frivillighet og anledning til å trekke seg ut av påmeldingen når som helst ble understreket.

Ved organisering av gruppene vektla vi kombinasjonen av forskjellig alderssammensetning og ulik nasjonalitet så langt det lot seg gjøre. Imidlertid møtte vi på rekrutteringsvansker underveis, noe som førte til at sammensetningen av gruppene skjedde ut fra tilfeldigheter. Likevel fikk vi, til tross for dette, en god fordeling basert på alder og nasjonalitet på tvers av gruppene (se tabell i resultatdelen). Mangfold i gruppene anså vi som viktig for å få et best mulig samspill og idémyldring blant deltakerne.

Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Vi hadde behov for et lokale hvor vi senere kunne foreta våre gruppeintervjuer. Her var det av sentral betydning at lokalet var velkjent blant kvinnene og samtidig hadde en sentral beliggenhet. Dette for å unngå eventuelt frafall etter rekruttering grunnet adkomstvansker. I den forbindelse tok vi kontakt med Frivillighetssentralen på Romsås senter, et lokale som ligger vegg-i-vegg med

Romsås legesenter og som blir hyppig brukt av mange i vår målgruppe. Lokalet ble dermed møtested for våre intervjuer og også her ble plakaten vår hengt opp.

Videre anså vi det som sentralt å oppnå en mest mulig hyggelig og uformell atmosfære og dette fikk vi til ved å plassere sitteplasser rundt et sirkulært bord, å foreta en enkel opprustning av rommet og ved å by på en lett servering. Ved hjelp av dette oppnådde vi en arena som ga rom for trygghet, interaksjon og deltakelse, noe som vi anså som nødvendig for å få til en god gruppedynamikk mellom deltakerne. Det ble totalt satt opp to fokusgruppeintervjuer og hver av våre to grupper bestod av 6 og 7 deltakere. Grunnet rekrutteringsvansker gikk det om lag 9 måneder mellom hver av de to intervjugruppene, der den første ble foretatt høsten 2011, mens den andre ikke ble gjennomført før tidlig på høsten 2012. Rekrutteringsvanskene skyldtes uforutsette forhold ved legesenteret etter gjennomføringen av det første gruppeintervju (blant annet at enkelte leger avsluttet sitt arbeidsforhold mens nye leger tiltrådte, noe som resulterte i at vi anså det som nødvendig å foreta en ny presentasjonsrunde av vår studie).

Hvert av intervjuene varte i om lag 90 minutter, og før intervjuene ble deltakerne spurt om å skrive under på et skriftlig samtykkeskjema (vedlegg 5). Intervjuene ble ledet av en av oss som en moderator, mens den andre fungerte som sekretær og tok notater underveis. Moderatoren tok utgangspunkt i intervjuguiden, og hvert spørsmål ble i tillegg til å bli muntlig fremstilt presentert i stikkordsform på en tavle. Stikkordene hadde vi på forhånd klargjort (ved å markere enkeltord i hvert spørsmål i intervjuguiden) og de hadde til hensikt å lette forståelsen, samt sette i fokus sentrale tema. Eksempler på slike stikkord som ble brukt er: opplevelser, konsekvenser og farlig.

Selve gjennomføringen av intervjuene ble innledningsvis åpnet med en enkel presentasjonsrunde av oss selv, vår bakgrunn og oppgaven vår. Deretter fikk deltakerne selv mulighet til å presentere seg. Etter dette foretok vi først en felles ”brainstorming” og refleksjon rundt vitamin D. Dette for å få tak i eventuelle spontane tanker og meninger rundt temaet. Under samtalene ble deltakerne oppmuntret til å snakke med hverandre, stille spørsmål, utveksle anekdoter og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter, og det hele ble fanget på en lydopptaker (Olympys Voice Recorder WS 550 M) som laget en MP3 fil som senere ble overført til pc. Det ble informert, både skriftlig og muntlig, om at opptaket ville bli slettet etter endt analysearbeid. Avslutningsvis fikk deltakerne mulighet til å belyse sine opplevelser rundt utformingen av det hele, samt si noe om deres oppfatning av samfunnets utfordring når det gjelder innvandrermedisin.

Analyse av materiale

Som et første steg i analysen ble informasjonen i notatene sammenholdt med det som kom frem på lydfilene. Det ble så laget en skriftlig oppsummering av samtalene i fokusgruppene. I dette arbeidet tok vi utgangspunkt i notatene vi hadde utformet under selve intervjuene og tilføyde utelatt materiale ved hjelp av lydfilene. Parallelt med dette foretok vi dessuten en analyse av innholdet for å systematisere, ordne og komprimere data. Vi opplevde at deltakerne hadde mye å si og selv om mye var interessant fant vi ikke alt like relevant for vår problemstilling. Dermed ble ikke alt av innhold på lydfilene brukt under analysearbeidet.

Selv om vi hadde tatt utgangspunkt i intervjuguiden vår under begge samtalene, opplevde vi i etterkant at materialet ikke var like systematisk ordnet som komposisjonen av intervjuguiden, noe som presenterte et behov for systematisering. Det at vi dessuten foretok en bearbeiding av materialet fra begge samtalene samtidig, ytterliggjorde behovet for sortering av data. Som et hjelpemiddel i sorteringsarbeidet benyttet vi oss av intervjuguiden, og vi lette etter felles temaer som svarene fra deltakerne kunne sorteres inn under.

Som del av analysearbeidet foretok vi også en tolkning av funnene underveis, da vi syntes dette var nødvendig blant annet grunnet enkelte språkkklarheter som tidvis kom frem i materialet. I dette arbeidet prøvde vi etter beste evne å ivareta det opprinnelige materialet, slik deltakernes erfaringer og meninger hadde blitt formidlet og oppfattet av oss under intervjuene.

Etikk

I vår studie ble datainnsamlingen bygd på informert samtykke og anonymitet. Etter som studien bygger på personlige erfaringer og opplevelser stod kravet om å beskytte deltakernes privatliv sterkt. Videre ble prinsippet om frivillighet vektlagt, noe som ble formidlet både skriftlig og muntlig, samtidig som muligheten til å trekke seg ble understreket.

Vår studie var et samarbeid med Romsås legesenter som hjalp til med rekrutteringen. Dette samarbeidet ville også gjøre det mulig å lettere henviser deltakerne til legesentret hvis det under samtalene skulle fremkomme problemer som krevde fornyet fastlegekontakt.

Invitasjonsbrev til deltakerne baserte seg på en standard mal fremstilt av REK for å sikre informert samtykke (<https://helseforskning.etikkom.no>).

Resultat

Totalt deltok 13 kvinner i studien. Disse ble fordelt på to fokusgrupper, der den yngste deltaker var 23 år og den eldste 67 år. Blant deltakerne var flere ulike nasjonaliteter representert.

Fordelingen i forhold til gruppe, etnisitet, alder og tildekking er vist i tabellen under. Deltakerne i den første gruppen er markert med kursiv:

Nasjonalitet	Alder	Hijab
Pakistan	23	
Kosovo	24	
<i>Pakistan</i>	32	
Iran	38	
<i>Afghanistan</i>	39	
Tyrkia	41	X
Pakistan	45	
<i>Afghanistan</i>	48	
<i>Tyrkia (kurder)</i>	49	
Iran	52	
<i>Syria</i>	53	X
Pakistan	63	
<i>Tyrkia</i>	67	X

Innholdet som kom frem i de to gruppene samsvarte i stor grad med hverandre og dermed presenteres resultatene som en enhet gjennom hele oppgaven.

Reaksjoner på budskapet om deres lave vitamin D-nivå

Alle formidlet at de hadde fått umiddelbare tanker rundt årsak til at de hadde fått påvist lave verdier, men reaksjonene ble rapportert som ulike. Noen ga uttrykk for at de tok det som en selvfølge etter som de har en mørkere hudfarge og bor i et land med relativt få soldager. Andre så på det som merkelig og "latterlig" da dette var en ny problemstilling, og ikke minst fordi "sol er gratis" som en deltaker uttrykte det. Samtidig oppga noen at det var en lettelse å få påvist mangel og endelig få en diagnose etter som de over lengre tid hadde merket uspesifikke symptomer som blant annet mangel på energi. Videre kom det frem at enkelte deltakers spontane reaksjoner

hadde vært overraskelse, benektning og tristhet. Dette fordi de (etter deres mening) lever sunt og har tatt mange helsemessige hensyn, men til tross for dette har utviklet mangel. Ikke minst gjaldt dette kvinner som ikke var tildekket og dermed ble soleksponert på lik linje som resten av befolkningen. Dessuten oppga en av kvinnene at hun opplevde det som et nederlag og et personlig angrep, da hun mente at legen i mange tilfeller dro forhastede konklusjoner om årsak (se senere). Vedkommende var en hijabbærende kvinne.

Deres kunnskap om vitamin D

Alle deltakerne var enstemmig enige om at vitamin D-mangel er forbundet med ugunstig helse. Først og fremst ble fokus lagt på osteoporose og rakitt, men også plager som tretthet, muskel- og skjelettsmerter, samt psykiske lidelser som depresjon ble nevnt.

Hvilke tanker hadde kvinnene om deres vitamin D-mangel?

Når det gjaldt grunnen til at akkurat de hadde utviklet vitamin D-mangel, kom de fleste kjente årsaker frem; soleksponering og nordisk klima, bekledning, kosthold og mangel på vitamintilskudd. Også enkelte få mente at den økte pigmenteringen i deres hud ytterliggjør problemet med å få nok 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 siste årsaksfaktor ble alder og arv nevnt. Sistnevnte ble satt i relasjon til at flere av kvinnene (og deres familiemedlemmer), til tross for relevante hensyn (blant annet et kosthold rikt på fet fisk, melkeprodukter og soling), 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 er uforklarlig. Det er av betydning å nevne at dette spørsmålet ga rot til mye frustrasjon blant kvinnene i begge grupper.

Forslag til tiltak mot vitamin D-mangel

Ved spørsmål om tiltak som kan bidra til å bedre vitamin D-nivået foreslo nesten alle umiddelbart trantilskudd. Deretter ble soleksponering, samt et kosthold rikt på melkeprodukter og fisk nevnt. Også enkelte mente det var nødvendig med ytterligere informasjon og ikke minst egetinitiativ, da ”økt kunnskap lettere fører til positive endringer” i følge deltakerne. En av kvinnene påpekte at det ikke nødvendigvis er hvor lenge en 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. En deltaker fra Tyrkia etterlyste egne kvinnestrender i Norge, da dette er vanlig i større strandbyer i hennes hjemland. Det kom videre frem at kvinnestrender også finnes i andre muslimske land, som blant annet Libanon og Iran. Det ble påpekt at det her i landet finnes kvinnesvømming ved enkelte svømmehaller, men altså ingen egne strender.

Soleksponering ble, som tidligere nevnt, av flere foreslått som en løsning på vitamin D problemet. Imidlertid er heller ikke dette uproblematisk, da klestradisjoner og hijab skaper en barriere for at huden blir soleksponert. Det ble påpekt at selv om mange ikke bruker hijab gjør kulturelle normer det likevel vanskelig å vise for mye hud. Enkelte av deltakerne foreslo soling på terrassen eller eventuelt i hagen som et alternativ til offentlige steder, men noen av kvinnene fremhevet problemet med blant annet innsyn. Videre kom det frem at mange innvandrere har et annet forhold til hvordan de forholder seg til varme og solfylte dager. På slike dager er det ofte foretrukket å holde seg innendørs, hovedsakelig fordi dette er en kultur de bærer med seg fra hjemlandet. Med tanke på klestradisjoner mente dessuten én av deltakerne at det var for mye fokus på hijab som (eneste) årsak, og hun ønsket å understreke at vitamin D mangel er et mer sammensatt problem. ”Hvorfor legger de kun fokus på hijab? Er det bare vi som har vitamin D-mangel?” uttrykte hun.

Et annet forslag som ble nevnt var trening. I følge kvinnene vil trening gi et sterkere skjelett, noe som forhindrer frakturer og bedrer humøret, samt gir økt energinivå. Dette mente de videre kunne føre til mer overskudd til helsetiltak. Også noen foreslo vitamin D tilskudd som et tillegg til tran.

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 i den oppfatning at god helse hos dem selv har positiv innvirkning på familien, særlig på barna. En av kvinnene presenterte et arabisk ordtak som sier at "det er ikke den syke som faktisk er syk, men dem som er rundt". Videre ble det påpekt at livskvaliteten blir redusert når en i familien blir syk, spesielt mor da hun spiller en sentral rolle i familiekulturen. Det ble også angitt at mange innvandrere i Norge ikke har noe særlig familienettverk, noe som setter dem i en sårbar posisjon ved sykdom. "Alle blir rammet når et familiemedlem får redusert sin helse", fremhevet en av deltakerne. Dette gjelder både somatisk og psykisk helse. Flere av kvinnene var klar over at vitamin D-mangel kan føre til nedsatt psykisk helse, noe som igjen kan ramme familien. Enkelte

av kvinnene uttrykte at de var bekymret for at deres egne kostholdsvaner (som anses som ugunstig i forhold til det norske klima) vil kunne gå i arv. En av kvinnene presiserte at gode vaner må inkorporeres fra barna er små for at de skal kunne bli varige. En annen ung deltaker (som nylig hadde født sitt første barn) uttrykte bekymring for at egen lave vitamin D-status kunne føre til rakitt hos hennes barn. Flere av deltakerne kom med en rekke forslag, blant annet å innføre fiskemiddager, spise variert og dessuten bruke mer melkeprodukter i hverdagen. Samtidig presiserte de at dette var ”enklere sagt enn gjort”.

Barrierer for tiltak

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 (som er utbredt i Asia og Midtøsten) nevnt som en ytterligere faktor som vanskeliggjør kostomlegging. En deltaker ønsket å understreke denne utfordringen med endring av middagsvaner. Hun så på det som særlig problematisk, da lite aksept av smaksforandring (noe hun anså som viktig), spesielt hos ektemannen, vanskeliggjorde en forandring. Flere av deltakerne mente at en løsning ville være å tilberede to retter, én for ektemannen og én for resten av familien. Hos noen var dette en reel løsning, hos andre var dette av naturlige årsaker vanskelig gjennomførbart.

Som et siste hinder ble det av enkelte nevnt at de mangler tillit til det norske helsevesenet. Dette grunnet (i følge kvinnene selv) legens lite autoritære stil, at for mye blir overlatt til pasienten selv og dårlig "follow up", samt legers restriktive policy når det gjelder resepter. De vanlige spørsmålene ”hva bringer deg hit?”, ”hva tror du selv det kan være?” ble nevnt som problematisk da ”jeg oppsøker legen for en grunn, jeg vet jo ikke hva som feiler meg” i følge en deltaker. Denne tillitsmangelen er blant annet én av årsakene til dårlig compliance blant enkelte når det gjelder tilskudd. Det kom tydelig frem at denne tillitssvekkelsen var et emne som ga rot til en del frustrasjon hos deltakerne. To av dem mente at mange av dagens leger har for lite kunnskap om innvandrermedisin. Dessuten påpekte de at samarbeidet mellom dem og legene ikke var godt nok. En deltaker mente at hijab ofte fører til fordommer hos mange leger og at legen fort drar en konklusjon om at hijab er (eneste) årsak til deres vitamin D mangel. Hun påpekte videre at hun selv fra sin fastlege hadde fått høre at "dere må finne dere i å ikke være tildekket, da utvikler dere ikke mangel". Dette mente hun ga stopp for ytterligere problemløsning og samarbeid. En annen faktor som kvinnene mente vanskeliggjorde samarbeidet med fastlegen var språkvansker, noe

enkelte mente også kunne påvirke tillitsforholdet med legen. Videre etterlyste flere av kvinnene mer informasjon, da de ofte (ved påvisning av lave verdier) kun får en utskrift av laboratoriedata med anmerkning på avvikende prøver uten fortolkning. Deltakerne mente at dette var vanskelig å forholde seg til og at de heller ønsker mer informasjon og veiledning. Imidlertid kom det også frem at de ved manifest mangel på vitamin D har fått et informasjonsskriv som en veiledning (vedlegg 6), men at heller ikke dette alltid var lett å forstå (se diskusjon). Samtidig ga alle uttrykk for at legen bruker for lite tid på pasienten og noen oppfattet legen som lite interessert. Resultatet av alt dette til sammen gjorde at flere var misfornøyde med deres møte med helsevesenet. Imidlertid må det presiseres at ikke alle deltakerne delte denne oppfatningen. De var generelt fornøyde med sin fastlege.

Diskusjon

I vår studie som tok utgangspunkt i en liten gruppe førstegenerasjons innvandrerkvinner fra Romsås på Oslos østkant med nylig påvist lavt vitamin D nivå, kom følgende temaer frem som barrierer eller vansker for at de selv kunne forbedre sitt vitamin D nivå: De var tradisjonsbærere av sin kultur som låste dem til sine matvaner. Deres klestradisjon og hudpigmentering hindret soleksponering. De følte seg ukomfortable med Vestens legerolle. De opplevde språkproblemer. De kunne også antyde at lavt vitamin D-nivå var genetisk betinget og derfor utenfor deres kontroll. Nedenfor diskuteres nærmere disse fremsatte barrierer.

Tradisjonsbærere

Vi fant at innvandrermodrene spiller en nøkkelrolle i familien. I følge kvinnene selv, kommer med denne posisjonen også kravet og forventningen om å ivareta familiens velvære og ønsker. Dette kan imidlertid i blant komme i konflikt med det å ivareta sin egen helse. Et eksempel er innvandreres kostvaner, der kvinnenens middagsvalg ofte baserer seg på familiens preferanser. 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, der begge spiller sentrale roller. Dette kommer også frem i en norsk studie fra 2010, som oppsummerer med at de viktigste barrierer for en sunn kostholdsomlegging blant norsk-pakistanske kvinner blant annet er preferanser fra barna og andre familiemedlemmer. Videre påpeker studien at innvandrerfamilier ofte har sosiale sammenkomster, der forventninger blant deltakerne utgjør en ytterligere barriere.⁵

Enda en utfordring kvinnene møter er tendensen til å sette familien først og primært fokusere på barnas helse, noe som ofte fører til bagatellisering av egen helsetilstand. I en utenlandsk studie fra 2009 kommer dette frem ved at innvandrerkvinner sjelden oppsøker lege grunnet egen helsetilstand, men at de, når det gjelder deres egne barn, sjeldent går glipp av en konsultasjon, ikke en gang når det gjelder vaksinasjon. Dessuten har innvandrerkvinner ofte flere andre utfordringer i livet, slik at sluttsammen igjen blir at deres egen helsetilstand ikke alltid blir prioritert.¹¹

Hudpigmentering og bekledning

En annen sentral barriere er grad av hudpigmentering. Flere studier har vist at hud med høy grad av pigmentering krever større dose UV-stråler for å oppnå et adekvat vitamin D-nivå.^{3,4,6} Kun få deltakere visste dette og vi oppfattet at resten av kvinnene virket overrasket når dette ble nevnt. Samtidig har innvandrerkvinner en annen klestradisjon enn etnisk norske, uavhengig om kvinnen bærer hijab eller ikke. I en britisk studie fra 2012 gjort blant unge kvinner i Storbritannia viser man at klestradisjoner har en direkte relasjon til UV-eksponering. Imidlertid går denne studien videre og ser samtidig på bentetthet og serum-kalsiumverdier og konkluderer med at klesstil alene ikke er avgjørende for bentettheten blant disse kvinner.¹² Dette funnet inviterer til en interessant diskusjon, da hijab ikke sjeldent anses av helsepersonell som hovedårsak til vitamin D-mangel blant innvandrerkvinner i Norge. Også dette var et forhold som ble nevnt i vårt materiale, da kvinnene mente at følgende er en faktor som gir rot til fordommer blant leger som mener at tildekking kan gi lavt vitamin D-nivå. Denne fordommen var de fleste deltakerne uenige i og dessuten mente de at dette kunne forhindre videre utforskning av eventuelle andre årsaker. I tillegg er det viktig å være klar over at innvandrere ofte forholder seg annerledes til solfylte dager, da de gjerne velger å holde seg innendørs. En deltaker begrunnet det med at hun ikke ønsket seg en mørkere hudfarge, da lys hud ble assosiert med det å være mer velstående, ha bedre helse og dessuten relatert til skjønnhet. En annen deltaker presiserte at dette dessuten er noe de bærer med seg fra deres kultur i hjemlandet.

Tillitsmangel til legen

Noen av deltakerne presiserte at de var misfornøyde med leger som spurte om deres synspunkter og hva de selv kunne gjøre med situasjonen sin. Dessuten anså de bruk av de vanlige, åpne spørsmål under legekonsultasjonen som problematisk og de oppfattet dette som en tillitsvekkende faktor. I Norge er vi opptatt av en pasientsentrert kommunikasjon, der pasienten spiller en sentral og delaktig rolle i diagnostikk og behandling. I følge en kronikk oppført i Tidsskriftet (den norske legeforeningen) er det fire momenter som inngår i en pasientsentrert kommunikasjon.¹³ Det å dele makt og ansvar mellom lege og pasient er ett av disse momenter, noe vi mener kan komme i konflikt med innvandreres helsekultur. Det presiseres i en norsk oversiktsartikkel fra 2010 at det finnes overraskende 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.¹⁴

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. Her har legen fremdeles en rolle som en autoritær lærd som er bedrevitende og som står i en selvstendig maktposisjon. Dermed er det legen som står for all diagnostisering og behandling, der pasienten spiller en lite delaktig rolle. Spørsmål som ”hva tror du selv at det er?”, ”hva er dine forventninger?”, ”hva tror du kan hjelpe deg?” er dermed lite akseptable, da det heller gir inntrykk av manglende faglig kunnskap.

Språkbarriere

Noen av kvinnene presiserte at språkvansker vanskeliggjør kommunikasjon, noe de mente kunne påvirke samarbeidet og tillitsforholdet med fastlegen. 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 dessuten ved bruk av lengre seanser.¹⁵ Dette blir til en viss grad gjort, men ikke i tilstrekkelig grad etter vår oppfatning. Dessuten kan det nevnes at innvanderers helsebehov ofte skiller seg fra den etnisk norske, noe som forsterker behovet for tilpasning av helsetilbud til innvandrere.¹⁴

I følge vår pasientgruppe fikk kvinnene ved påvist mangel utdelt et skriv fra legen, som har til hensikt å forklare hva kvinnene skal foreta seg (vedlegg 6). Likevel mente kvinnene at dette var vanskelig å forholde seg til, blant annet på grunn av manglende språkforståelse, men også grunnet selve innholdet. Et slikt skriv bør være kort og presist, slikt at man unngår å risikere at budskapet ikke blir mottatt av pasienten. Videre er det kjent at flere førstegenerasjons ikke-vestlige innvandrere i Norge har problemer med gode språkkunnskaper. Av den grunn vil det være mer hensiktsmessig å gi sentral informasjon på pasientens eget morsmål, slik at man forsikrer seg om at informasjonen blir mottatt. Imidlertid viser en norsk studie fra 2011 at verken skriftlig eller muntlig informasjon til innvandrerkvinner alene er tilstrekkelig for å bedre deres vitamin D-nivå.⁸ 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.

Genetisk årsak, ikke påvirkbar av tiltak?

Det har vært diskutert om vitamin D-mangel kan være et resultat av en multifaktoriell årsakssammenheng. I vår studie stilte kvinnene spørsmålsteget ved om deres vitamin D-mangel kunne skyldes flere faktorer. Noen av dem hadde gang på gang (til tross for relevante tiltak) fått påvist reduserte verdier, og faktorer som blant annet kost, hudpigmentering og genetik ble diskutert som mulige årsaker. En oversiktsartikkel oppdatert i 2013 viser at ytterligere mekanismer kan spille en rolle, blant annet svekket nyrefunksjon og økt leverkatabolisme av 25-hydroksyvitamin D, samt noen medikamenter.¹⁶ Dermed kan man se på vitamin D-mangel som et resultat av et sammensatt bilde der flere årsaksfaktorer spiller inn, noe som er viktig å ha i mente i det kliniske møtet med den ikke-vestlige pasienten.

Svakheter og styrker ved studien

Ved gjennomgang av vår studie har vi fulgt veiledning til Malterud fra 2001.¹⁷ Selv om vår studie får frem mange interessante momenter er den ikke uten svakheter. For det første tar studien utgangspunkt i en gruppe innvandrerkvinner bosatt i et avgrenset område på Oslos østkant. Det kan dermed tenkes at utvalget vårt ikke er representativt for ikke-vestlige innvandrerkvinner som en helhetlig gruppe i Norge. Dessuten opplevde vi en del frafall av påmeldte under rekrutteringen og det kan tenkes at for eksempel de med lavest utdanning og dårligst språkkunnskaper ikke ble inkludert. Våre to intervjuer foregikk dessuten på dagtid, noe som førte til at enkelte av de som var i jobb ikke hadde mulighet til å delta. Dermed bestod våre to grupper kun av hjemmeværende kvinner og ikke av de som er delaktige i arbeidslivet. Videre er det viktig å nevne at ingen kvinner med afrikansk opprinnelse deltok i studien. Somaliere utgjør den nest største gruppen av ikke-vestlige innvandrere i Norge, noe som utgjør en ytterligere seleksjonsskjevhet. Dessuten er relativt få nasjonaliteter representert. Alle disse overnevnte faktorer kan tenkes å påvirke overførbarheten av våre funn på gruppen innvandrerkvinner bosatt i Norge som en enhet. Den siste svakheten som må nevnes er språkvansker, da en del av våre deltakere hadde kommunikasjonsproblemer under samtalene.

En av styrkene ved vår studie er vår egen bakgrunn som ikke-vestlige innvandrerkvinner. Det kan tenkes at dette var noe som bidro til mer tillit fra deltakerne, og påvirket både rekruttering, deltakelse og kvinnenes følelse av trygghet for å dele personlige erfaringer i positiv retning. Også det faktum at vi på vår plakater er avbildet med hvit frakk kan ha gitt signaleffekt om autoritet og

tillit, samt bidratt til et positivt førsteinntrykk til studien og oss som arrangører. Videre oppnådde vi en svært god dynamikk blant deltakerne i begge grupper, hvor alle viste interesse ovenfor temaet og deltok aktivt. Som en siste fordel må det nevnes at begge gruppene bestod av en sammensetning av ulike nasjonaliteter og aldersgrupper, noe som ga opphav til en mer nyansert og fruktbar diskusjon. Dette kan tenkes å påvirke overføringsverdien til en større gruppe ikke-vestlige innvandrerkvinner. Sluttresultatet av den nyanserte diskusjonen førte til at en rekke momenter kom til uttrykk, noe vi mener er av vesentlig betydning både når det gjelder innvandrerkvinnens egeninnsats for tiltak og samtidig utfordringen norsk helsevesen står ovenfor i møtet med den ikke-vestlige innvandrer.

Konsekvenser for praksis

Vitamin D-mangel er et utbredt problem blant innvandrerkvinner i Norge.^{1,2} Dette utgjør en stor helseutfordring i landet, da innvandrere står for en ikke ubetydelig del av landets befolkning. I følge tall fra SSB utgjør innvandrere 23 % av befolkningen i Oslo, og 44 % av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika eller Sør- og Mellom-Amerika.

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 være mer fruktbart.

Ytterligere har vi funnet at kommunikasjonen med den ikke-vestlige innvandrerpatienten 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 som problemløsende. Videre kan det være av sentral betydning å påminne om at hijab som regel ikke er aleneårsak til lave vitamin D-verdier, og legen bør derfor være ydmyk til at lave verdier kan ha andre årsaker enn klesdrakt og lite soleksponering.

Et moment i diskusjonen av vitamin D som vi mener har betydning for praksis er den nylig oppståtte diskusjonen rundt referanseverdier og eventuell raserelasjon.¹⁸ Det er blitt stilt spørsmålsteget ved om ikke-kaucasiere bør ha andre referanseverdier enn kaukasiere. I vårt materiale kom det frem at enkelte av kvinnene, til tross for mange relevante tiltak, stadig hadde fått påvist lave vitamin D-verdier. De stilte seg dermed undrende til dette. En nylig studie gjort i USA går nærmere inn på vurdering av referanseverdier, men er imidlertid avgrenset til afroamerikanere. Denne studien foreslår at den definerte normalverdien av vitamin D hos kaukasiere muligens ikke kan brukes hos afroamerikanere.¹⁹ Selv om vår studie ikke inkluderte afroamerikanere, ville det ha vært interessant å se nærmere på om dette også har overføringsverdi til andre ikke-vestlige innvandre.

Avslutningsvis må det sies at ikke-vestlige innvandrere stod for over 83 % av befolkningsøkningen i Oslo fra 1988 til 2001 i følge tall fra SSB, noe som bekrefter at innvandrermedisin er et sentralt tema både i dagens samfunn og i fremtiden.

Oppsummering

Vitamin D spiller en sentral rolle for oss, og tilstrekkelige vitamin D-verdier er essensielt for god helse. Dessverre er vitamin D-mangel et utbredt problem blant ikke-vestlige innvandrerkvinner, og vår studie har fått frem at en rekke barrierer hos innvandrerkvinner påvirker egeninnsats for tiltak. Dette inkluderer blant annet mattradisjoner, hindringer for soleksponering og kulturelle normer.

Våre funn viser dessuten at det kliniske møtet med den ikke-vestlige pasienten krever ytterligere kunnskap, både hos legen når det gjelder fremmedkulturer og innvandrermedisin og hos innvandrere i møtet med det nye samfunnet de har bosatt seg i. Økt kunnskapsnivå mener vi er essensielt for å kunne oppnå et best mulig pasient-lege forhold og dermed for å kunne yte god helsehjelp til også denne del av befolkningen. Dette mener vi forsterker behovet for fokus og ytterligere forskning på dette feltet!

Litteratur

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. 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.
5. Råberg Kjøllestad MK, Telle Hjellset 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.
6. Knutsen KV, Brekke M, Gjestad S, Lagerløy 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.
7. Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient Educ Couns* 2008; 72: 155 - 62.
8. 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.
9. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
10. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups: *BMJ* 1995; 311: 299 - 302.

11. Burke NJ, Bird JA, Clark MA, Rakowski W, Guerra C, Barker JC, Pasick RJ. Social and cultural meanings of self-efficacy. *Health Educ Behav.* 2009; 36: 111S - 28S.
12. Knoss R, Halsey LG, Reeves S .Ethnic dress, vitamin D intake, and calcaneal bone health in young women in the United Kingdom. *J Clin Densitom* 2012; 15: 250 - 4.
13. Midtgarden T. Måling av pasientsentrert kommunikasjon *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3133 – 5.
14. Abebe, D.S. Publication: Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. NAKMI report 2/2010. <http://www.nakmi.no>
15. 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.
16. Agus, Z.S, Drezner M.K. (2013) Causes of vitamin D deficiency and resistance. I C. Rosen (Ed.),UpToDate. Tilgjengelig via www.uptodate.com
17. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet.* 2001; 358: 483 - 8.
18. Taylor SC. Vitamin D and skin of color: a call to action. *Cutis.* 2012; 89: 257 - 9.
19. Wright NC, Chen L, Niu J, Neogi T, Javiad K, Nevitt MA, Lewis CE, Curtis JR. Defining physiologically "normal" vitamin D in African Americans. *Osteoporos Int* 2012; 23: 2283 - 91.

Vedlegg

Vedlegg 1



Region: REK sør-øst A
Saksbehandler: Jørgen Hardang
Telefon: 22845516

Vår dato: 19.9.2011
Vår referanse: 2011/xx
Deres dato:
Deres referanse:

Per Lagerløv
University of Oslo

2011/1402a Vitamin D and immigrant women

Institution responsible for the research: University of Oslo

Project manager: Per Lagerløv

Institution responsible for the research: University of Oslo

We received your application on the 15th of June 2011, together with the following enclosures: protocol, information letter, guide for interview, and CV for Per Lagerløv.

The Committee reviewed the application during its meeting on the 18th of August 2011. The project was assessed in accordance with the Norwegian Research Ethics Act of 2006 and the Act on Medical and Health Research of 2008 for The Regional Committees for Medical and Health Research Ethics.

The Committee considers the project to be a follow-up of a group of patients. The intervention, which consists of a focus group interview, is not considered to be a radical intrusion into private life. The risk of harm to patients is considered to be on the same level as ordinary treatment. The project can be implemented within the regulations and guidelines of the organization of health care and is also considered suitable as student work.

The Committee concluded that they consider the research project to be outside the remit of the Act on Medical and Health Research and therefore can be implemented without the approval from the Regional Committee for Medical Research Ethics.

Yours sincerely

Gunnar Nicolaysen
Chairperson, Section A
Regional Committee for
Medical Research Ethics, South-East Norway
(P.P.)


Jørgen Hardang
Committee Secretary

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4A
0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Vedlegg 2

Intervjuguide

Innledningsvis vil vi presentere oss selv:

Vi er kvinnelige medisinerstudenter som begge har innvandrerbakgrunn henholdsvis fra Iran og Afghanistan. Vi er spesielt opptatt av innvandrerkvinnens helse og status.

Prosjektoppgaven:

Som medisinerstudenter skal vi gjøre en forskningsoppgave. Forskning viser at mange kvinner som oss har lavt vitamin D nivå. Vi ønsker å vite hvilke tanker og holdninger innvandrerkvinner kan ha om vitamin D.

Intervjuet vil bli innledet med presentasjonsrunde hvor vi ønsker svar på:

Deltakernes opprinnelsesland, alder, antall barn og alder på minste barn, og om de har noe skolegang.

Intervjuguiden vår vil bestå av følgende spørsmål:

1. Fortell om opplevelsen når dere fikk vite at dere hadde vitamin D-mangel?
2. Hva forbinder dere med vitamin D?
Kan mangel føre til noen konsekvenser – hva tenker dere på?
Er et lavt vitamin D nivå farlig?
3. Gi deres tanker om den viktigste grunnen til at dere fikk lavt vitamin D nivå.
Hvorfor tror dere at akkurat dere fikk mangel?
4. Hvilke råd vil dere gi til nykomne innvandrerkvinner så de unngår for lavt vitamin D nivå? Hva kan dere selv gjøre for å bedre vitamin D-nivået deres nå?
5. Tror dere at dere vil møte på noen hindringer på veien? Finnes det eventuelt noen løsninger (eksponering av hud for sol, nye mattradisjoner)?
6. Har dere noen tanker om at eget vitamin D nivå har betydning for resten av familien?
Forklar betydning av deres (egen) helse for familiens velvære?
Hvordan tror dere at vitamin D nivået er hos de andre i familien?
7. Hvilken holdninger og/eller forventninger har dere til helsevesenet?
Hvilke tanker har dere om legens ansvar?
Hvilke tanker har dere om eget ansvar?

Hva kan gjøre at man fort faller tilbake til lavt vitamin D nivå igjen?

Hva skal til for at dere skal føle god tillit til legen?

8. Hvordan opplevde dere denne sammenkomsten (var det noen som dominerte for mye, ble deltakerne ivaretatt, fikk alle komme til ordet)?

Hele seansen vil ta om lag 90 minutter.

Vedlegg 3

Velkommen **Welcome** स्वागत

**Har du lavt vitamin D-nivå?
Er du samtidig innvandrerkvinnne?**
Da kan du være med i en samtalegruppe om dette!

استقبال

**Vi er to medisinstudenter som ønsker
å høre med om hvordan det er å leve
med lave vitamin D-nivåer.**

欢迎

Hva kan vi tilby?

- En hyggelig kveld med andre innvandrerkvinner
- En lett servering med kaker og drikke

Hva kreves av deg?

- At du har fått påvist lave vitamin D-nivåer
- At du er en jente/kvinne med innvandrerbakgrunn



Grata

স্বাগত

**Vil du vite mer?
Ta kontakt med resepsjonen eller din
lege ved Romsås Legesenter.**

வரவேற்பு

خوش آمدید

UiO : Universitetet i Oslo

Vedlegg 4

Innmeldingsskjema til Vitamin D-studie:

Navn:

Alder:

Nasjonalitet:

Telefonnr.:

Navn:

Alder:

Nasjonalitet:

Telefonnr.:

Navn:

Alder:

Nasjonalitet:

Telefonnr.:

Vedlegg 5

Vitamin D og innvandrerkvinner. 10. juni 2011

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vitamin D og innvandrerkvinner: Hvordan kan egeninnsats bedre vitamin D-nivået, og hvilke barrierer foreligger for tiltak? En fokusgruppeundersøkelse.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se nærmere på innvandrerkvinner forhold til vitamin D. Studien planlegges gjennomført som en tre måneders obligatorisk prosjektoppgave for medisinerstudenter ved Universitetet i Oslo. Ansvarlig person vil være Per Lagerløv, førsteamanuensis dr. med. Universitetet i Oslo.

Hva innebærer studien?

Gjennom studien ønsker vi å undersøke innvandrerkvinner oppfatninger og tanker rundt det å få påvist lavt vitamin D, og tiltak for å bedre nivået. Vi vil se nærmere på hvilke utfordringer dere kvinner møter ved innvandring til Norge, hvilke barrierer som foreligger for tiltak mot bedring av deres lave vitamin D-verdier, og om dere selv opplever deres mangel som et problem. Hensikten vil blant annet være å få et innblikk i, samt bidra til en bedre forståelse rundt problematikken dere kvinner møter i deres nye liv i Norge.

Metoden vi skal ta i bruk er gruppesamtaler hvor vi vil benytte oss av 2-3 grupper på 6-10 personer. Rekrutteringen til prosjektet vil foregå på Romsås legesenter i Groruddalen, hvor ansatte leger har sagt seg villig til å bidra til rekruttering.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelen med studiet er at vi som helsepersonell vil bli bedre kjent med problematikken rundt vitamin D mangel hos innvandrerkvinner, og hva som eventuelt kan gjøres for å bedre denne problematikken. For dere kan dette føre til bedre forståelse fra oss som helsepersonell.

Vi regner ikke med at det vil føre til noen ulemper hos deltagerne.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningse opplysninger. Lydmedium som blir benyttet under samtaler vil bli slettet etter studiets slutt.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til lydmedium og som kan finne tilbake til deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Per Lagerløv, førsteamanuensis dr. med. Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for allmennmedisin. Han er veileder for prosjektet og kan nås på telefon 22850660 / 22850550

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Vitamin D er sentralt for normal benutvikling. Alvorlig mangel kan føre til rakitt i yngre alder og bensykdommer hos de voksne. Vitamin D er viktig for å forhindre benskjørhet og brudd. Vitamin D finnes i få kilder i naturen. De to viktigste kilder for tilgang på vitaminet er gjennom kost og soleksponering.

Hensikt med studien

I dette prosjektet ønsker vi å se nærmere på innvandrerkvinnens forhold til vitamin D. Hvilke utfordringer møter dere ved innvandring til Norge? Hvilke barrierer foreligger for tiltak mot bedring av deres lave vitamin D-verdier? Og opplever dere selv deres mangel som et problem? Hensikten vil blant annet være å få et innblikk i, samt bidra til en bedre forståelse rundt problematikken dere møter i deres nye liv i Norge.

Metodevalg

Metoden vi skal ta i bruk er gruppesamtaler hvor deres syn på vitamin D vil bli belyst gjennom en felles samtale og dialog mellom deltagerne. Samtalene vil bli tatt opp på lydmedium som etter studiets slutt vil bli slettet. Studiet vil foregå høsten 2011. Selve analysen av samtalene vil foregå over et tidsrom på rundt seks måneder. Avslutning på studien vil være 1te juli 2012.

Rekruttering av informanter

Rekrutteringen til prosjektet vil foregå på Romsås legesenter i Groruddalen, hvor ansatte leger har sagt seg villig til å bidra til rekruttering. På venteværelset vil vi henge opp en poster som avbilder oss, gir tittel på prosjektet og forklarer at vi vil ha en gruppesamtale med førstegenerasjons innvandrerkvinner som har fått påvist lavt vitamin D hos legen sin. Samtalen skal finne sted i nærmiljøet og vare 1-2 timer. Interesserte deltagere vil oppgi navn og mobiltelefonnummer til legen. Senere vil vi kontakte dere per telefon, gi informasjon og forespørre om deltakelse. Dere vil da få oppgitt tid og sted for samtale. De vil kunne når som helst, uten grunn, trekke dere fra studien.

Kapittel B – Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navn og telefonnummer, for at vi skal kunne komme i kontakt med deg. Opplysninger som kommer frem under samtalene vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien planlegges gjennomført som en tre måneders obligatorisk prosjektoppgave for medisinerstudent ved Universitetet i Oslo. Arbeidsinnsats er del av lønnet arbeid for veiledere ved Universitetet.

Informasjon om utfallet av studien

Prosjektoppgaven vil bli offentlig tilgjengelig på hjemmesiden til Universitetet i Oslo. Alle deltagere som ønsker informasjon om utfallet av studien vil bli henvist til denne.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 6

Romsås Legesenter
Romsås Senter 1
0970 OSLO

Oslo, 19.10.2011

Kjære pasient,

blodprøvene som ble tatt av deg viser at du har VITAMIN D-MANGEL. (Normalt vitamin D-nivå skal ligge mellom 50 og 150. Din verdi var XXX).

BEHANDLING VED VITAMIN D-MANGEL:

På grunn av din vitamin D-mangel trenger du mer vitamin D og kalk den første tiden. Dette får du kjøpt reseptfritt på apoteket (ta evt med dette brevet).

- Vitamin D: Du trenger 30 microgram vitamin D daglig. Det får du ved å ta Nycoplus D-vitamin 10 mcg tabletter, 3 tabletter daglig. HUSK Å TA TABLETTER HVER DAG.
- Kalk: Du trenger 1000mg kalk daglig. Får du ikke nok kalk gjennom maten du spiser kan du ta Weifa kalsium 250mg svelgetabletter, 2 tabletter 2 ganger daglig

ETTER 4-6 UKES BEHANDLING ANBEFALER JEG AT DU BESTILLER EN KONTROLLTIME HOS DIN FASTLEGE. (NB!, du må ikke ta vitamin D den dagen du tar blodprøve)

VEDLIKEHOLDSBEHANDLING NÅR VITAMIN D ER BLITT NORMAL.

- Ta en skje tran (5ml) hele året hvis du sjelden eller aldri soler deg.
- Liker du ikke tran, kan du ta 1 Nycoplus D vitamin 10 mcg tablett daglig hele året.
- Fortsett med kalktabletter hvis du ikke får nok kalk gjennom maten du spiser.

INFO OM VITAMIN D:

Lite vitamin D hemmer opptak av kalk/kalsium i kroppen. I Norge får de aller fleste for lite vitamin D gjennom kosten. Vitamin D kilder er tran og fete fisker (sild, makrell, sardiner, ørret og laks). Vitamin D produseres også når sollys treffer huden. Solen er vår viktigste vitamin D-kilde. I Norge står solen lavt fra oktober til mars, det vil si i hele vinterhalvåret, og den kan da ikke lage vitamin D. Det betyr at alle barn og voksne bør ta tran eller lignede i hele vinterhalvåret. Hvis du ikke soler deg eller bruker solkrem med faktor trenger du ekstra vitamin D tilskudd hele

Romsås Legesenter
Romsås Senter 1
0970 OSLO

året.

Det er viktig samtidig å få nok kalsium. Ungdom og voksne trenger 800mg kalsium pr dag. Gravide og ammende trenger 1000mg kalsium. Eks. på 1000mg kalsium: 1/2 l melk + 3 brødkiver med gulost, dette vil dekke kalsium-dagsbehovet hos de fleste. Får man for lite kalk i kosten, kan det være lurt å ta kalktabletter.

Vennlig hilsen