

D-vitaminbrist

Fastställt juni 2025 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. juni 2027.

Huvudbudskap

- ◉ Behandling bör endast ges vid konstaterad D-vitaminbrist och/eller vid läkemedelsbehandling mot osteoporos med t.ex. bisfosfonater
- ◉ Behandling med D-vitamin utan påvisad brist har låg evidens vad det gäller att förebygga sjukdomar
- ◉ Serumnivåer av 25-OH-D, kalcium, parathormon och alkaliskt fosfat mäts för diagnos och ställningstagande till behandling
- ◉ 25-OH-D < 25 nmol/L definieras som brist och är en behandlingsindikation
- ◉ 25-OH-D 25–50 nmol/L benämns insufficiens. Behandlingsindikation finns vid muskuloskeletal symtom samt vid lågt S-kalcium eller förhöjda nivåer av parathormon eller alkaliskt fosfat. Årstidsvariationer bör beaktas
- ◉ Det föreligger sannolikt en stor överbehandling med kalcium + D-vitamin hos postmenopausala kvinnor som varken har brist eller står på benspecifika läkemedel
- ◉ Vid konstaterad D-vitaminbrist, överväg utredning av eventuella bakomliggande orsaker

Bakgrund

Förekomst av D-vitamininsufficiens (25-OH-D < 50 nmol/L) i populationsstudier med äldre kvinnor och män i Sverige har visats vara låg. Däremot finns ett antal patientkategorier och grupper i samhället som löper ökad risk att utveckla D-vitaminbrist och där underbehandling sannolikt är vanlig, se Riskgrupper. Socialstyrelsen skriver 2021 i Nationella riktlinjer om rörelseorganens sjukdomar att det sannolikt föreligger en stor överbehandling med kalcium + D-vitamin hos postmenopausala kvinnor som varken har brist eller står på benspecifika läkemedel. I dessa riktlinjer anges att behandling med kalcium och D-vitamin endast bör ske vid:

- dokumenterad brist
- läkemedelsbehandling mot osteoporos
- ytterligare 1–2 år efter avslutad bisfosfonatbehandling.

 Behandling med kalcium och D-vitamin kan leda till biverkningar och de långsiktiga hälsoeffekterna är ofullständigt utredda.

Nyttan med D-vitaminbehandling

Effekter på skelettet

D-vitamin har en känd funktion i benmetabolismen och brist har historiskt sett främst associerats med rakit och osteomalaci. Patienter med osteomalaci har ofta symtom såsom symmetrisk muskuloskeletal värk samt muskelsvaghet, vilket leder till gångsvårigheter. Nyttan av D-vitaminbehandling hos patienter med diagnostiserad brist är väl belagd för att motverka bristsymtom och utveckling av osteomalaci. Kalcium och D-vitamin rekommenderas även som dagligt tillägg till benspecifik behandling med osteoporosläkemedel.

Effekter på tillstånd utanför rörelseapparaten

Behandling med D-vitamin som monoterapi utan påvisad brist har låg evidens vad det gäller att förebygga sjukdomar såsom cancer, hjärt-kärlsjukdom, psykisk sjukdom, autoimmuna sjukdomar och infektioner.

Risker med behandling

Behandling med D-vitamin, med eller utan kalcium, kan vara olämpligt vid hyperkalcemi. Överväg utsättning samt om behandlingen är orsak till hyperkalcemin. Tänk på att D-vitamin i höga doser kan finnas i kosttillskott som patienten tar parallellt med ordinerade läkemedel. Rådgör vid behov med endokrinolog angående behandlingsstrategi vid samtidig D-vitaminbrist och hyperkalcemi. Det kan finnas långsiktiga hälsorisker med kalcium och D-vitamin, framför allt i höga doser. Ökad morbiditet och mortalitet har setts i prospektiva studier vid höga 25-OH-D-nivåer. Kalcium kan ge gastrointestinala biverkningar såsom obstipation och njursten. Försiktighet bör iaktas vid njursten i anamnesen.

Definitioner

Serumnivå av D-vitamin – 25-OH-D

Brist: < 25 nmol/L

Behandlingsindikation föreligger.

Insufficiens: 25-50 nmol/L

Behandlingsindikation finns vid muskuloskeletal symtom samt vid lågt S-kalcium eller förhöjda nivåer av parathormon eller alkaliskt fosfat.

Sufficiens: > 50 nmol/L

Utredning

Utredning för D-vitaminbrist (ICD-10: E55.9) bör i första hand göras på patienter i riskgrupper eller vid symtom/laboratoriefynd förenliga med D-vitaminbrist.

Riskgrupper

- Personer som använder heltäckande kläder, sällan vistas utomhus eller undviker sol-exponering
- Höftfrakturpatienter
- Patienter med malabsorption (t.ex. vid obehandlad celiaki, inflammatorisk tarmsjukdom eller efter gastric bypass)
- Patienter med njur- eller leversvikt
- Patienter som behandlas med antiepileptika, kortison, antifungorala medel samt HIV-läkemedel
- Patienter som följer strikt vegansk kost

Symtom/laboratoriefynd:

- Symmetrisk proximal muskuloskeletal värk
- Muskelsvaghet, t.ex. gångsvårigheter eller svårigheter att resa sig utan stöd från stol
- Förekomst av hypokalcemi i kombination med förhöjt PTH

Laborativ utredning

Vid misstanke om D-vitaminbrist mäts följande i serum/plasma:

- 25-OH-D
- Kalcium
- Kreatinin
- Parathormon (PTH)
- Alkaliskt fosfat (ALP)

Alternativt mäts först 25-OH-D, kalcium och kreatinin och vid låga D-vitaminivåer (< 50 nmol/L) kompletteras utredningen med övriga prover.

Vid bedömning av resultat bör årstid och utlandsvistelse på sydligare breddgrader, som båda påverkar serumnivåerna, beaktas. Ett lågt värde i augusti–september är en starkare indikator på brist än motsvarande resultat uppmätt i mars–april. Vid D-vitamininsufficiens föreligger behandlingsindikation vid låga nivåer av joniserat eller totalt serumkalcium eller förhöjda nivåer av PTH eller ALP, och förstärks om patienten tillhör riskgrupp enligt ovan eller har symtom av symmetrisk proximal muskelsvaghet eller muskelsvaghet.

Observera att analys av enbart PTH och kalcium inte räcker för att diagnostisera D-vitaminbrist, då tillstånd såsom t.ex. njurinsufficiens ökar PTH-nivåerna.

Vid D-vitaminbrist föreligger som regel mycket låg bentäthet som förbättras vid substitution. Indikation för bentäthetsmätning finns sällan vid D-vitaminbrist men är aktuell för patienter med osteoporosfrakturer.

Överväg utredning av eventuella bakomliggande orsaker till D-vitaminbrist, såsom t.ex. celiaki.

Behandling

Rekommenderade läkemedel

Kolekalciferol

Kolekalciferol + kalciumkarbonat

Vid dokumenterad brist

Vid brist (< 25 nmol/L) rekommenderas behandling enligt formeln: målnivå (nmol/L) – uppmätt nivå (nmol/L) = behandlingsdos (i µg), se tabellen nedan.

Vid symtomgivande brist bör dock högre doser ges: kolekalciferol 50–100 µg (2000–4000 E) dagligen i 3–6 månader, därefter 20–40 µg (800–1600 E) dagligen.

Hos vissa patienter med malabsorption och nedsatt upptag av peroralt kolekalciferol, kan oljebaserade preparat ha ett bättre upptag.

Vid behandlingsindicerad insufficiens

Behandlingen vid insufficiens (25–50 nmol/L) initieras vanligen med 200–800 E dagligen, men dosen styrs av ursprungsnivån 25-OH-D, se tabellen nedan.

D-vitaminbehandling (kolekalciferol)			
Målnivå i serum	Uppmätt nivå i serum	Behandlingsdos µg	Behandlingsdos E
50	10	40	1600
50	15	35	1400
50	20	30	1200
50	25	25	1000
50	30	20	800
50	35	15	600
50	40	10	400
50	45	5	200

Vid samtidig frakturprebyggande behandling med t.ex. bisfosfonat

Normalt rekommenderas 500–1000 mg kalcium och 800 E kolekalciferol vid pågående osteoporosbehandling med benspecifika läkemedel, t.ex. bisfosfonat. Patienter med sådan kombinationsbehandling där D-vitaminbrist ändå misstänks, t.ex. höftfrakturpatienter eller institutionsboende, bör utredas, så att adekvata doser kolekalciferol kan ges. För mer information, se [RMR Osteoporos](#).

Vid peroral kortisonbehandling

Peroral kortisonbehandling påverkar metabolismen av D-vitamin i levern negativt, vilket ofta resulterar i försämrat D-vitaminstatus.

För information om osteoporosbehandling vid peroralt kortison, se [RMR Osteoporos](#).

Livsstilsfaktorer

Kostråd om ökat intag av fet fisk, t.ex. lax, sill och makrill, samt D-vitaminberikade livsmedel bör ges. I Sverige berikas de flesta mjölkprodukter, växtdrycker, smörgåsfetter och matfettblandningar. Ägg och kött innehåller en mindre mängd D-vitamin. 15 minuters sol-exponering på armar och ben under sommaren ger mer än tillräcklig daglig dos D-vitamin. Under vinterhalvåret är den ultraviolettera strålningen från solen låg i Sverige och räcker i regel inte till någon D-vitaminaktivering i huden.

D-vitaminbehandling till barn

För information kring D-vitaminbrist hos barn, se Barnläkarforeningens hemsida: <https://endodiab.barnlakarforeningen.se/> Klicka in på "Vårdprogram" och vidare till "Riktlinjer vid D-vitaminbrist".

Livsmedelsverket rekommenderar profylaktisk behandling till barn 0–2 år: 5 droppar D-vitamin (400 E) dagligen. Profylaktiskt till barn upp till 5 år vid särskilda behov: 5 droppar dagligen.

Även hos äldre barn kan det finnas behov av profylaktisk behandling. Detta gäller exempelvis barn som inte får D-vitaminberikade livsmedel, inte äter fisk och barn som under sommaren inte vistas tillräckligt utomhus eller har kläder som täcker ansikte, armar och ben.

Uppföljning

Evidens för en fördel av 25-OH-D > 75 nmol/L saknas. Tillräckliga nivåer uppnås hos i princip alla vid 25-OH-D över 50 nmol/L. 800 E kolekalciferol resulterar vanligen i ca 20 nmol/L ökning av 25-OH-D i serum. Effekten av behandlingen bör följas upp laborativt med ett S-kalcium efter ca 2–3 veckor och 25-OH-D efter 3–4 månader (5 halveringstider i plasma). Syftet är att se om målnivån uppnåtts eller om dosjustering är nödvändig, då stora variationer i behandlings-svar ses. Normalt krävs större doser initialt under cirka 3 månader för att korrigera en brist.

Underhållsdosen kan ofta vara betydligt lägre. Om den bakomliggande orsaken till bristen kvarstår och stabila nivåer 25-OH-D ses (vid två eller fler mätningar) kan underhållsdos ges och ytterligare laborativa kontroller avstås eller göras mer sällan, t.ex. årligen vid receptföryelse.

Vårdnivå

Utredning och behandling bör utföras i primärvården. Vid uttalad D-vitaminbrist och misstanke om rakit och/eller osteomalaci bör remiss skickas till endokrinolog/internmedicin.

FÖR TERAPIGRUPP ENDOKRINOLOGI

Oskar Ragnarsson, ordförande

Referenser

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2021.

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Endokrinologi
Maria Norén, maria.noren@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel.
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.