Risker vid kognitiv utredning av äldre med migrationsbakgrund

- ETT UTVECKLINGSARBETE OM SENT DEBUTERANDE POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

RödaKorset
Röda Korsets Högskola
Svenska Röda Korset
Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM
REGION SKÅNE

MIGRATIONSSKOLAN är en del av Kunskapscentrum demenssjukdomar och har ett regionalt uppdrag i Region Skåne. Uppdraget består i att arbeta för jämlik och säker demensvård, oavsett bakgrund. Migrationsskolan ska verka för att:

- Bevaka, sammanställa och sprida kunskap
- Analysera, utvärdera och kvalitetssäkra resultat
- Bidra till kompetensutveckling
- Utveckla metoder och processer

Migrationsskolans övergripande mål är att skapa förutsättningar för att demensvårdens olika delar; utredning, diagnos, behandling, omvårdnad och stöd ska vara jämlik och säker för alla oavsett bakgrund.

TRANSKULTURELLT CENTRUM är Region Stockholms kunskapscenter för medarbetare inom hälso-, sjuk- och tandvård som möter människor med migrationsbakgrund. Transkulturellt Centrum erbjuder utbildningar i olika former, exempelvis nätverk, rådgivning, handledning och konsultation. Centret arbetar även med hälsokommunikation riktad till nyanlända och migranter. Ytterligare ett uppdrag är att främja hälsosamma vanor och minska övervikt hos gravida och barn i samma målgrupper.

RÖDA KORSETS KOMPETENSCENTER FÖR TORTYR- OCH KRIGSSKADEREHABILITERING är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola. Utifrån Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens initieras kliniknära forskning för att öka kvaliteten i tortyr- och krigsskaderehabilitering. Via utbildning och samverkan arbetar verksamheten för att främja kunskap och evidens rörande traumatiserade flyktingars hälsa, nationellt och globalt.

RödaKorset
Röda Korsets Högskola

Svenska Röda Korset

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

REGION SKÅNE

INNEHÅLL

Inledning **6**

Bakgrund **8**

Kognitiv sjukdom 8

Posttraumatiskt stressyndrom 9

Sent debuterande posttraumatiskt stressyndrom 11

Likheter mellan kognitiv sjukdom och posttraumatiskt stressyndrom 12

Samsjuklighet 14

Utvecklingsarbetets genomförande **16**

Bedömningsstöd till primärvården 17

Refugee Health Screener-13 18

Resultat **20**

Deskriptiv data 20

Bedömningsstödet och Refugee Health Screener-13 ger nya infallsvinklar i mötet med patienten 20

Vårdpersonalens erfarenhet av bedömningsstödet 22

Vårdpersonalens erfarenhet av Refugee Health Screener-13 24

Avslutning **26**

Referenser **29**

Bilaga 1: Bedömningsstöd **33**

Bilaga 2: Refugee Health Screener-13 **37**

INLEDNING

> *Denna gång blev det mer tydligt att det inte var någon kognitiv sjukdom som patienten hade, utan jag kunde lättare uppmärksamma PTSD-symptom, som minne, koncentration och undvikande av dåtiden.*
>
> *Intervjuad vårdpersonal*

Den här rapporten handlar om kognitiv sjukdom* och sent debuterande posttraumatiskt stressyndrom hos personer med migrationsbakgrund. Vi presenterar ett utvecklingsarbete där vi har undersökt om komplement (se bilaga 1 och 2) till den basala kognitiva utredningen i primärvården kan bidra till att underlätta differentialdiagnosen mellan kognitiv sjukdom och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Vårt fokus i arbetet har varit äldre personer. Det beror på att det är då differentialdiagnosen är aktuell, men också eftersom PTSD hos äldre kan vara svårare att identifiera. Vanligtvis utvecklas PTSD relativt kort tid efter den upplevda händelsen, men debuten kan dröja, inte minst hos människor som upplevt långvariga hotfulla situationer som krig, flykt, tillfälliga uppehållstillstånd eller påfrestningar under livet i exil. När symtom dyker upp först flera år eller decennier efter den traumatiserande händelsen kan äldre personer som söker vård för kognitiv svikt lida av sent debuterande PTSD. Eftersom sent debuterande PTSD är ett relativt okänt fenomen riskerar de att utredas och felaktigt diagnostiseras med en kognitiv sjukdom. Det omvända förhållandet kan också föreligga, personer med kognitiv svikt som berättar om krigsupplevelser kan ibland misstas för att vara traumatiserade. Sjukdomarna delar vissa sårbarhetsfaktorer vilket innebär att det inte är ovanligt med samsjuklighet och då med risk att enbart det ena sjukdomstillståndet uppmärksammas.

Samtidigt som det finns svårigheter när det gäller att skilja kognitiv sjukdom från PTSD finns det också flera problem när det gäller kognitiv utredning av utrikes födda. Utmaningarna handlar exempelvis om de tester som vanligtvis används i klinisk rutin och som är mer komplicerade att använda vid utredning av personer med annat modersmål än svenska och/eller kort skolgång. Det kan också handla om kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonal och patient när utredningen sker genom tolk. Det finns flera studier som visar på skillnader i demensvården med koppling till utrikes födda, bland annat när det gäller att upptäcka, utreda och erbjuda insatser till personer från andra länder. Studier visar även att det finns högre andel av feldiagnostiseringar vid utredning av utrikes födda, vilket kan innebära att utredningen som görs inte är tillräckligt säker eller tillfredsställande.

Socialstyrelsen uppmärksammar skillnaderna i demensvården i de nationella riktlinjerna *Vård och omsorg vid demenssjukdom (2017)* och betonar att vården behöver bli bättre på att hitta och utreda personer med migrationsbakgrund. I Sverige har drygt 20 000 personer med utländsk bakgrund en bekräftad kognitiv diagnos och under kommande tjugoårsperiod förväntas den siffran öka avsevärt. Det innebär att det framöver kommer bli allt vanligare för vården att möta personer med migrationsbakgrund som söker vård för kognitiv svikt.

Att arbeta för att förbättra utredningen är angeläget. Vi vill i den här rapporten speciellt lyfta fram riskerna för feldiagnos i en patientgrupp som har varit med om ovanligt många potentiellt traumatiserande händelser. Rapporten vänder sig till vårdpersonal som i sitt arbete möter patienter med migrationsbakgrund. Med ökad kompetens inom området kan äldre som överlevt krig snabbare få rätt vård, oavsett om det handlar om traumabehandling, insatser inom demensvården eller en kombination.

Utvecklingsarbetet bygger på ett samarbete mellan Migrationsskolan vid Kunskapscentrum demenssjukdomar i Region Skåne, Transkulturellt Centrum i Region Stockholm och Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering. Sex vårdcentraler i Region Skåne och Region Stockholm har medverkat i utvecklingsarbetet. I Skåne har även en kommun i samverkan med en vårdcentral deltagit: Vårdcentralen Näsby, Vårdcentralen Flyktinghälsan, Drottninghögs vårdcentral, Vårdcentralen Arlöv, Burlövs kommun, Hässelby vårdcentral samt Rinkeby vårdcentral.

Vi vill uttrycka vår tacksamhet till samtliga medverkande parter i utvecklingsarbetet. Insatsen imponerar särskilt eftersom covid-19 påverkat, inte enbart vårdcentralernas arbetsuppgifter utan också antalet äldre migranter som sökt vård.

Frida Johansson Metso, psykolog vid Transkulturellt Centrum och samordnare för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Josephine Sörenson, tf. enhetschef vid Kunskapscentrum demenssjukdomar och Migrationsskolan

Sigrid Kulneff, vårdutvecklare vid Kunskapscentrum demenssjukdomar

* I den senaste versionen av DSM-5, som är en manual för diagnoskriterier, har begreppet demens ersatts med kognitiv sjukdom. Vi har därför i denna rapport valt att använda begreppet kognitiv sjukdom.

BAKGRUND

KOGNITIV SJUKDOM

Personer kan utveckla kognitiv svikt vid flera olika tillstånd och sjukdomar. Risken att drabbas ökar med stigande ålder. Orsakerna till svikten varierar och kan bero på både kroppslig sjukdom, läkemedel eller psykiatrisk sjukdom som exempelvis depression, utmattningssyndrom, substansmissbruk eller PTSD. Inte sällan kan det vara svårt att särskilja de olika tillstånden samtidigt som det är av vikt att diagnostisera så att personen i ett så tidigt skede som möjligt kan få rätt behandling och om det är möjligt häva den kognitiva svikten.

Diagnosen *lindrig kognitiv funktionsnedsättning* (från engelskans mild cognitive impairment, MCI) beskriver ett stadium mellan normal kognitiv funktion till kognitiv sjukdom. Många gånger är det svårt att avgöra om kognitiv svikt är en del av det normala åldrandet eller om det handlar om början på en kognitiv sjukdom. Det är också i början av sjukdomsutvecklingen som det är svårast att särskilja kognitiv sjukdom från PTSD.

I Sverige insjuknar cirka 30 procent av dem som fått diagnosen lindrig kognitiv funktionsnedsättning i kognitiv sjukdom inom ett år. Den avgörande skillnaden mellan lindrig kognitiv funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom är graden av påverkan i vardagen samt graden av nedsättning i olika områden med olika funktioner i hjärnan. Personen ska ha en kognitiv försämring jämfört med den nivå personen tidigare har haft. I diagnosen tas hänsyn till exempelvis ålder, utbildningsnivå och andra tillstånd eller sjukdomar som påverkar hjärnan. Personen får ofta svårigheter att minnas det den tidigare kommit ihåg, nedsatt koncentrationsförmåga och nedsatt uppmärksamhet. Symtomen är ofta mer uttalade vid hög arbetsbelastning eller annan stress. De mentala funktionerna kan bli långsammare och sömnstörningar är vanliga. Kriterierna för *kognitiv sjukdom* ska inte vara uppfyllt.

Kognitiv sjukdom är ett samlingsnamn för mer än hundra olika sjukdomar och inkluderar olika typer av kognitiv svikt som orsakats av sjukdomar i hjärnan. De vanligaste typerna är Alzheimertyp, Lewykroppstyp, vaskulär typ och frontotemporal typ. De olika sjukdomarna skiljer sig åt både vad gäller vilka områden i hjärnan som drabbas, hur förloppet ser ut och vad som orsakar de sjukliga förändringarna i hjärnan. Diagnosen innebär påtaglig svikt inom ett eller flera områden i hjärnan. Områden som ofta är påverkade är:

- Uppmärksamhet, inlärning och minne
- Förmågan att orientera sig i tid och plats
- Förmågan att planera och organisera (exekutiva förmågor)
- Förmågan att upprätthålla relationer och interagera socialt

Personer med misstänkt kognitiv nedsättning eller kognitiv sjukdom ska erbjudas en tidig basal kognitiv utredning. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2017) syftar den kognitiva utredningen till att ta reda på om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en kognitiv sjukdom eller om annan sjukdom orsakar eller bidrar till den kognitiva svikten.

Utredningen ligger till grund för diagnos, behandling och efterföljande omvårdnad och stöd. Den basala kognitiva utredningen påbörjas inom primärvård och i de fall den basala utredningen inte kan fastställa diagnos kan en utvidgad utredning ske genom en specialistklinik för minnessjukdomar. Detta ska exempelvis ske när personen är under 65 år och/eller vid svårare eller ovanligare diagnostiska fall.

Kognitiv sjukdom går idag inte att bota. Det finns läkemedelsbehandling som kan påverka den kognitiva funktionen positivt, men inte bromsa sjukdomsförloppet. De åtgärder som hälso- och sjukvården och omsorgen kan erbjuda syftar istället till att lindra symtom samt stödja och bidra till en så god livskvalitet som möjligt för personen med kognitiv sjukdom och dennes anhöriga.

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

En så kallat potentiellt traumatiserande händelse, en överväldigande och inte sällan livshotande händelse, resulterar ofta i en akut stressreaktion. För de allra flesta går den akuta reaktionen över efter några dagar, men för en del övergår symtomen i sjukdomstillståndet PTSD. Diagnosen ställs om symtomen finns kvar efter en månad. Om PTSD utvecklas först efter minst sex månader kallas det för sent debuterande PTSD. Diagnosen består av fyra symtomgrupper:

1. *Påträngande minnen:* Återupplevande av händelsen i bilder, dofter, ljud- och kroppsminnen samt mardrömmar. Ibland upplevs minnet verkligare än omvärlden, precis som om hotet finns här och nu.

2. *Anspändhet:* Kroppen reagerar på de påträngande minnena. Symtomen inkluderar överdriven vaksamhet och ständigt stridsberedda muskler som värker. Anspändheten skapar irritation, aggression och närhet till gråt.

3. *Undvikande:* För att minska risken att påminnas om händelsen undviks platser, situationer, personer och att tänka på minnen.

4. *Negativa kognitiva förändringar och sinnesstämning:* Händelserna påverkar personens självbild och framtidstro. Risken för samsjuklighet med depression är stor.

I differentialdiagnosen mellan kognitiv sjukdom och PTSD är symtombeskrivningen *påträngande minnen* särskilt intressant. De påträngande och ofrivilliga minnesbilderna bidrar till att personen ofta beskriver problem med:

- Uppmärksamhet, inlärning och minne
- Förmågan att orientera sig i tid och plats
- Förmågan att planera och organisera (exekutiva förmågor)
- Förmågan att upprätthålla relationer och interagera socialt

Samma svårigheter återfinns i det tidigare avsnittet Kognitiva sjukdomar i den här rapporten, i beskrivningen av problem som uppstår vid påtaglig kognitiv svikt. Påträngande minnen leder till att uppmärksamheten hos en person som traumatiserats flyttas från vardagen till dåtiden, minnen som dessutom ofta upplevs som om de sker i nutid. När personen distraheras och inte kan koncentrera sig på nutiden bildas inga nya minnen och personen uppfattas som glömsk. Dessutom leder distraktionen till att personen får allt större problem med inlärning, orientering, att följa med i samtal eller att ta initiativ och exempelvis utföra vardagliga rutiner.

SENT DEBUTERANDE POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Det finns studier som visar att upp till en fjärdedel av de personer som utvecklat PTSD gjort det efter så lång tid att debuten betraktas som försenad, det vill säga sex månader efter den utlösande händelsen. Det innebär att sent debuterande PTSD är ett relativt vanligt fenomen, men kunskapen kring fenomenet är ny.

PTSD kan beskrivas som en kumulativ sjukdom, där flera upprepade svåra händelser tillsammans bidrar till sjukdomsutvecklingen. Insjuknandet kan förstås som en ökad känslighet för stressande händelser, så kallad sensitisering. Ett progressivt förlopp förklarar att personen som inte utvecklar PTSD vid en potentiellt traumatiserande händelse ändå kan vara negativt påverkad. Personen blev inte sjuk efter händelsen, men bilden av världen som trygg, där medmänniskor är hjälpsamma och den egna kapaciteten upplevs som stor, har fått sig en törn. Personen uppfyller inte diagnosen för PTSD men kan ha en del av symtomen, exempelvis undvikande av platser som påminner om faran. Inte heller nästa gång personen upplever en möjligt traumatiserande händelse utvecklas PTSD, men händelsen tolkas som farligare än vad den objektivt är, eftersom den präglas av den förra negativa händelsen. Ju fler skrämmande situationer personen är med om, desto större risk att till slut uppfylla diagnosen PTSD. Det kan ske långt efter personens första potentiellt traumatiserande upplevelse, som kanske var Iran-Irakkriget på 80-talet eller fängelsetiden i Chile på 70-talet. Den nu utlösande händelsen kan vara relativt liten, exempelvis en mindre allvarlig trafikolycka. Personens reaktion tycks då överdriven, men är egentligen ett resultat av flera traumatiserade händelser.

Flera hjärnstrukturer är relevanta för att förstå vad som händer när en person traumatiseras. En potentiell länk mellan kognitiv sjukdom och PTSD är hippocampus. Hippocampus bidrar till minnenas kontext, exempelvis när och var något hände, och hippocampus är i traumaögonblicket och vid återupplevandet lågfungerande. När hjärnstrukturer som kontextbestämmer ett minne förlorar funktion händer det som ses hos PTSD-patienter, nämligen att situationen inte längre är knuten till kriget och ungdomen, det känns som om händelsen sker i nutid. Alltfler studier förklarar sent debuterande PTSD med att hippocampus försämras av naturligt åldrande, depression, mild kognitiv svikt, kognitiv sjukdom och de kumulativa händelserna.

Eftersom varje ny potentiellt traumatiserande händelse ökar risken att utveckla PTSD är åldrande i sig en riskfaktor för att utveckla sjukdomen. Ju längre en person lever, desto fler traumatiserande händelser riskerar personen att vara med om.

LIKHETER MELLAN KOGNITIV SJUKDOM OCH POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Det är ofta svårt att bedöma om en persons svårigheter beror på kognitiv sjukdom eller PTSD eftersom symtomen och beteenden kan vara samma. Risken att ställa fel diagnos är som störst tidigt i sjukdomsutvecklingen.

I den här rapporten fokuserar vi på den kognitiva svikt som bidrar till likheter mellan kognitiv sjukdom av Alzheimertyp och PTSD. Vi har gjort det eftersom kognitiv sjukdom av Alzheimertyp är den vanligaste formen av kognitiv sjukdom samt eftersom minnesproblemen ofta är framträdande i PTSD-problematiken och lätt leder tankarna till kognitiv sjukdom av Alzheimertyp när de debuterar hos en äldre person. Vi vill dock nämna att det även finns andra sjukdomsuttryck som kan vara svårbedömda och bidra till fel diagnos. Några av dem kan vara:

- Ett typiskt PTSD-symtom är undvikande. Detta saknar en tydlig motsvarighet inom kognitiva sjukdomar, vilket borde innebära att det kan användas för att hålla isär tillstånden, men det är inte alltid enkelt. En person med PTSD som nästan drunknat i Medelhavet kan hålla sig undan vatten eftersom det triggar traumaminnen. Inledningsvis kan undvikandet vara begränsat till att inte simma i havet eller badhallen, men under sjukdomsutvecklingen generaliseras rädslan till att dyka upp i fler situationer tills personen inte kan duscha eller tvätta ansiktet utan ofrivilliga minnesbilder. Den typen av undvikande kan tolkas som hygienneglekt till följd av exekutiva svårigheter i exempelvis kognitiv sjukdom av frontotemporal typ.

- Ett annat svårdifferentierat undvikandebeteenden är när en person drar sig undan sociala sammanhang. Oavsett om det handlar om att personen har svårt att följa med i samtal på grund av kognitiv svikt eller koncentrationssvårigheter till följd av påträngande minnen, ser beteendet likadant ut.

- Svårigheter med att ta initiativ som kan finnas hos personer med kognitiv sjukdom finns också hos traumatiserade. Hjärnans prefrontalkortex, som spelar en viktig roll i exekutiva, högre kognitiva processer, hämmas också vid PTSD (och de påträngande minnena kan också i sig distrahera och minska initiativkraft).

- Andra risker i differentialdiagnosen är hur irritation, aggressivitet och gråt tolkas. Symtomen kan bero både på att personen är traumatiserad och därför rädd och spänd. Beteendet kan även bero på frustration eller rädsla som personer med kognitiv sjukdom upplever när de får svårt att tolka, förstå och hantera sin vardag. Ungefär 90 procent av alla som diagnostiserats med kognitiv sjukdom upplever någon gång beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) som innefattar exempelvis aggressivitet, oro, nedstämdhet och sömnlöshet.

- Känslomässigt undvikande, när personer med PTSD inte står ut med vare sig glädje eller sorg eftersom det triggar minnen av andra starka känslor, kan leda till emotionell avtrubbning och tolkas som känslomässig flackhet som kognitiv sjukdom också kan ge upphov till.

- Personer med kognitiv sjukdom av *Lewykroppstyp (LBD)* upplever ofta hallucinationer och vanföreställningar som kan förväxlas med traumaminnen. Mardrömmar som brukar beskrivas som typiska för LBD, kan misstas för traumamardrömmar. Parkinsonism, som förekommer i LBD, kan förväxlas med den muskelsmärta personen med PTSD upplever efter lång tids anspändhet.

- De återkommande skov i funktionsnedsättningen som exempelvis kognitiv sjukdom av *vaskulär typ* kan kännetecknas av finns också hos personer med PTSD, som i tid av mindre stress bättre kan hantera sina symtom.

SAMSJUKLIGHET

Förutom differentialdiagnos behöver risken för samsjuklighet uppmärksammas. Orsakssambanden mellan kognitiv sjukdom och PTSD är inte klarlagt, men äldre personer som utvecklat PTSD har en fördubblad risk att också utveckla kognitiv sjukdom. Det finns dessutom studier som, i linje med synen på PTSD som en kumulativ sjukdom, visar samband mellan att ha upplevt potentiellt traumatiserande händelser och att utveckla kognitiv sjukdom av Alzheimertyp.

Risken för samsjuklighet påverkas av flera faktorer. Det kan bero på att samma delar av hjärnan påverkas eller på samsjuklighet med andra sjukdomar, exempelvis depression eller olika åldersrelaterade sjukdomar. Risken kan även handla om att en traumatiserad person ofta drar sig undan stimulans och därmed har mindre motståndskraft mot kognitiva sjukdomar och ökad risk för exempelvis kognitiv sjukdom av vaskulär typ.

Samsjukligheten är allvarlig eftersom sjukdomstillstånden förvärrar varandra. PTSD är botbart och behandlas framgångsrikt med samtalsterapi, men behandling av PTSD blir svårare när kognitiv sjukdom påverkar minne och inlärning. För en person med kognitiv sjukdom blir livet mer skrämmande och stressande om personen också insjuknar i PTSD. I studier undersöks om BPSD skulle kunna vara mycket sen PTSD, som debuterar när den kognitiva sjukdomen skadat hjärnstrukturerna under lång tid.

Viktigt att veta är dessutom att traumaminnen lagras starkare än andra minnen och är mer motståndskraftiga mot kognitiva sjukdomar. Personer med samsjuklighet riskerar därför att förlora sina lyckliga minnen men hållas kvar i sina värsta upplevelser. Att erbjuda traumabehandling innan det kognitiva sjukdomsförloppet försvårar samtalsterapi är därför brådskande.

UTVECKLINGSARBETETS GENOMFÖRANDE

Utvecklingsarbetet har genomförts tillsammans med sex vårdcentraler i Region Skåne och Region Stockholm samt en skånsk kommun som medverkat genom samverkan med en av vårdcentralerna. Det huvudsakliga syftet med arbetet har varit att bidra till ökad kunskap om kognitiva sjukdomar och sent debuterande PTSD. Utvecklingsarbetet består av två övergripande delar:

- I den första delen har vi arbetat med att ta fram ett bedömningsstöd (se bilaga 1) för primärvården att använda som komplement i den basala kognitiva utredningen av personer med migrationsbakgrund som söker vård för kognitiv svikt och där det är oklart vad som är den bakomliggande orsaken.

- I den andra delen har vårdpersonal som medverkat i utvecklingsarbetet använt bedömningsstödet och Refugee Health Screener-13*, som komplement vid basal kognitiv utredning. Därefter har enkäter och telefonintervjuer genomförts med medverkande vårdpersonal.

Utvecklingsarbetet inleddes våren 2019 när representanter från Migrationsskolan och Transkulturellt Centrum träffade vårdpersonal från primärvård och specialistminnesmottagningar i Region Skåne och Region Stockholm. Under mötena framkom bland annat att det var svårt att vid den kognitiva utredningen identifiera personers eventuella traumatiska reaktioner, särskilt efter händelser som utspelat sig flera år tidigare. Vårdpersonalen instämde i vår hypotes att det var svårt att skilja mellan kognitiv sjukdom och PTSD. Utifrån samtalen togs ett bedömningsstöd fram. Bedömningsstödet har under arbetets gång granskats av sakkunniga inom kognitiva sjukdomar och PTSD. Efter önskemål från vårdpersonalen inkluderades även skattningsskalan RHS-13 för att undersöka om en kortfattad screening för PTSD skulle underlätta att uppmärksamma patienternas svårigheter. En kontaktperson från respektive vårdcentral och kommun som medverkade i utvecklingsarbetet utsågs. Kontaktpersonerna var samtliga sjuksköterskor till sin profession och det var också de som sedan använde bedömningsstödet och RHS-13 i mötet med patienten. Samtliga kontaktpersoner medverkade vid en heldagsutbildning som anordnades av Migrationsskolan och Transkulturellt Centrum. I de fall patienten uppfyllde inklusionskriterierna** samt när det var oklart vad som orsakade besvären kunde bedömningsstödet och skattningsskalan RHS-13 användas som komplement till den basala kognitiva utredningen.

Efter avslutad utredning ombads vårdpersonalen fylla i en enkät med kvantitativa och kvalitativa frågor rörande bedömningsstödet och RHS-13. Utöver enkäterna genomfördes även nio strukturerade telefonintervjuer i direkt anslutning till avslutat patientbesök. Materialet från enkäterna och telefonintervjuerna har därefter analyserats. Utvecklingsarbetet avslutades med ett fokusgruppssamtal där fyra av samverkansparterna medverkade.

BEDÖMNINGSSTÖD TILL PRIMÄRVÅRDEN

Utgångspunkten för bedömningsstödet, som är framtaget av Migrationsskolan och Transkulturellt Centrum, är att det ska vara kortfattat och utformat på ett sådant sätt att det ska kunna användas som vägledning och stöd i den basala kognitiva utredningen. Bedömningsstödet är inte framtaget som diagnosverktyg. Bedömningsstödet kan användas både innan, under och efter mötet med patienten.

I bedömningsstödet beskrivs sex symtom som patienten kan tänkas söka hjälp för, förklarade utifrån kognitiva sjukdomar och PTSD. Symtomgrupperna valdes för sin frekventa förekomst i diagnoserna, likheterna i sjukdomsuttryck som försvårar differentialdiagnosen och att de bedömdes som mest relevanta för patienternas sökorsaker.

Följande symtomgrupperna användes i bedömningsstödet:

1. Minne och koncentration
2. Hallucinationer, vanföreställningar eller påträngande minnen
3. Undvikande av dåtiden
4. Irritabilitet och gråt
5. Överreaktivitet
6. Drar sig undan sociala sammanhang

* RHS-13 är en validerad skattningsskala med frågor om psykisk ohälsa.

** I utvecklingsarbetet inkluderades personer från 50 års ålder (en person som var något yngre inkluderades också) med migrationsbakgrund som sökte vård för kognitiv svikt. I samtal med medverkande vårdcentraler utvidgades detta till att även inkludera patienter som sökte vård för smärta, eftersom sökorsakerna bedömdes bero mer på vad patienten upplevde mest svårigheter med, eller förstod att den kunde få hjälp med, snarare än att problematiken kring den kognitiva svikten skilde sig åt.

REFUGEE HEALTH SCREENER-13

Refugee Health Screener-13 är en validerad skattningsskala som är framtagen för att identifiera personer som har, eller löper risk att utveckla, psykisk ohälsa. Maximal poäng på skattningsskalan är 52. I en svensk studie bedöms 1–11 poäng motsvarar lättare symtom på psykisk ohälsa, 12–18 poäng medelsvåra symtom och 19–25 poäng motsvarar svåra symtom. I utvecklingsarbetet gavs information om att över 11 poäng på RHS-13 innebar medelsvåra symtom och kunde tyda på psykisk ohälsa varför patienten bör remitteras vidare för fortsatt utredning och eventuell behandling. Åtgärden för vidare remittering vid högre poäng än 11 var en rekommendation och inte en obligatorisk åtgärd. Skattningsskalan har, likt bedömningsstödet, använts som vägledning och stöd i utvecklingsarbetet, inte som diagnosverktyg.

RESULTAT

DESKRIPTIV DATA

Under datainsamlingen, som pågick under drygt ett år, användes bedömningsstödet och skattningsskalan i mötet med 21 patienter, varav 12 var kvinnor. Vid hälften av mötena medverkade tolk. Majoriteten av patienterna (16 av 21) var mellan 50–69 år. Fyra av patienterna var 70 år eller äldre. En patient var under 50 år vid besöket. Merparten kom ursprungligen från länder i Asien, tre av patienterna hade sin bakgrund i europeiska länder och två av dem hade migrerat från länder i Afrika. Majoriteten av patienterna var bosatta i Sverige sedan flera år, merparten sedan tidigt 2000-tal, åtta av dem hade bott i Sverige i mer än 20 år. Hälften av patienterna uppgav en skolgång kortare än fem år.

I utvecklingsarbetet användes RHS-13 i mötet med 15 av 21 patienter. Samtliga 15 patienter hade över 11 poäng, vilket indikerar medelsvåra symtom på psykisk ohälsa. Enligt gränsvärdena för RHS-13 hade merparten (13 personer) svår psykisk ohälsa, det vill säga 25 poäng eller högre. Detta är enbart deskriptiv data av deltagarna, det är är inte möjligt att dra några generella slutsatser av resultatet då gruppen med deltagande patienter inte är tillräckligt stor.

	Kvinnor	Män	Totalt
Antal patienter	8	7	15
RHS-13 poäng			
Median	41,5	33	41
Medelvärde (intervall)	38,75 (12-49)	37,43 (24-50)	38,13 (12-50)
RHS-13 psykisk ohälsa			
Mild psykisk ohälsa (11–17 poäng)	1	0	1
Medelsvår psykisk ohälsa (18–24 poäng)	0	1	1
Svår psykisk ohälsa (25 poäng eller högre)	7	6	13

BEDÖMNINGSSTÖDET OCH REFUGEE HEALTH SCREENER-13 GER NYA INFALLSVINKLAR I MÖTET MED PATIENTEN

I intervjuerna, enkäterna och fokusgruppssamtalet var vårdpersonalen överens om att de fick hjälp och stöd i samtalet med patienten när de utgick från bedömningsstödet och RHS-13.

En av de intervjuade beskrev hur mötet med patienten påverkades:

> *Jag hade träffat patienten tidigare men inte haft en tanke på PTSD. Med bedömningsstödet och RHS-13 kunde jag ställa andra frågor. Frågor som inte ställs med minnestesterna. Patienten har aldrig beskrivit kriget tidigare, men nu blev det en öppning att prata om det. Speciellt när jag ställde frågor kring rastlöshet och att ha svårt att sitta still. Det blev ett mycket tydligare och bättre samtal.*

Den intervjuade vårdpersonalen menade även att ”Det är jätteintressant och givande att ha denna typ av samtal” och att ”Patienten verkade känna sig bekväm och var positivt inställd till frågorna”. Gemensamt för vårdpersonalen är att samtliga anser att bedömningsstödet och RHS-13 väcker tankar kring PTSD, något som de inte tidigare reflekterat kring i samband med kognitiva utredningar. En annan av de intervjuade uttryckte det så här:

> *Tidigare inte haft en tanke på PTSD. Bedömningsstödet och RHS-13 har gjort att vi tänkt helt annorlunda kring denna patient. Vi har fått tänka omkring “hemska minnen” och trauma som patienten behöver hjälp med.*

En av de intervjuade berättade att en patient kallades in på återbesök, enbart för att göra en bedömning utifrån det kompletterande bedömningsstödet och skattningsskalan. Vårdpersonalen uppgav vid ett antal tillfällen att de med hjälp av bedömningsstödet och RHS-13 kunde utesluta kognitiv sjukdom och koncentrera sig på och fördjupa samtalet kring patientens svåra psykiska ohälsa. Flera av kommentarerna från vårdpersonalen visar också att patienterna tog emot frågor om svåra livshändelser väl och att patienterna tyckte att det var viktigt att få berätta. Vårdpersonalen beskriver att komplementen gett dem mod att fråga och frågorna haft hög igenkänningsfaktor hos patienten. Ytterligare en av de intervjuade säger att det blev en annan typ av samtal och menar att: “Det var patientens egna upplevelser som berättades med hjälp av bedömningsstödet. Denna del saknas i andra tester”. Både den intervjuade vårdpersonalen och patientens läkare ansåg att de fick en bredare bild av patientens problematik. Ytterligare en av de intervjuade lyfte andra diagnoser som RHS-13 också screenar för:

> *Underlaget ger ett bra verktyg för att kunna få en bredare bild av patientens problematik. Även patienter som vi träffat mycket och som kanske behandlas för depression kan ges nya infallsvinklar, att det kanske inte bara handlar om depression utan är mer omfattande trauma som spelar in.*

VÅRDPERSONALENS ERFARENHET AV BEDÖMNINGSSTÖDET

Samtliga av de intervjuade anser att bedömningsstödet erbjuder en bra utgångspunkt för samtalet med patienten och att det fungerar väl för att få struktur på mötet. Med bedömningsstödet fick vårdpersonalen kunskap om likheter mellan kognitiv sjukdom och PTSD, vilket gjorde det lättare för vårdpersonalen att skilja på sjukdomarna.

Vårdpersonalen berättar att de använt och haft nytta av bedömningsstödet både innan, under och efter samtalet med patienten: "Jag läste igenom bedömningsstödet innan mötet just för att kunna tänka symtom kopplat till PTSD/kognitiv sjukdom, ja även efter mötet med patienten kunde jag förankra tankarna i bedömningsstödet". En annan av vårdpersonalen uttrycker användbarheten som följande:

> *Det är nästan för bra, hade skummat igenom bedömningsstödet inför mötet, kunde även använda det under samtalet och som stöd efter.*

Med ökad kunskap om PTSD och med bedömningsstödet som utgångspunkt kände vårdpersonalen sig tryggare i mötet med patienten. ”Med bedömningsstödet som hjälp vågade jag ställa andra frågor än de jag brukar ställa, jag ställde andra frågor än vanligt,” säger en av de intervjuade. En annan menar att bedömningsstödet bidrog till ett bättre samtal och att patientens minnesproblem kunde tolkas på ett annat sätt än vad som annars hade gjorts. ”Jag analyserade hennes minnesproblem på ett helt annat sätt än vad jag hade gjort om jag inte hade haft stödet framför mig. Jag tror att jag har gjort ett mycket bättre samtal än vad jag hade fått annars eftersom man kan rikta frågorna. Jag upplevde att patienten var väldigt tacksam och glad över frågorna som jag ställde”.

Vårdpersonalen fick i enkäten svara på frågan om symtombeskrivningarna var till någon hjälp för dem i mötet med patienten. De graderade svaren från 1–6 där siffran 1 stod för "stämmer inte alls" och siffran 6 för "stämmer mycket". Medelvärdet för de 21 svarande var 4,9.

	Medelvärde	Antal svarande
Bedömningsstödet		
Symtombeskrivningarna	4,9	21

De två symtombeskrivningarna som lyfts fram är ”*Minne och koncentration*” samt *”Undvikande av dåtid”*. Även symtombeskrivningen *”Irritabilitet och gråt”* beskrivs av vårdpersonalen som särskilt värdefull i mötet med patienten. Just dessa tre symtombeskrivningarna bekräftas även av fokusgruppen som viktiga. En av sjuksköterskorna beskriver att i ett av patientmötena blev "...dessa tre symtombeskrivningar fokus för samtalet, patienten tog själv upp dessa".

En sjuksköterska sammanfattar det som att ”*Minne* och *koncentrationssvårigheter”* var den symtombeskrivningar som var till mest hjälp för henne i mötet med patienten: "Utifrån underlaget så var det minne och koncentration som var det stora bekymret och här hjälpte bedömningsstödet till att särskilja symtomen". Det beskrevs också som:

> *Även påträngande minnen hjälpte till mycket – detta kom till patienten dagligen. Det hade jag inte alls kunskap om tidigare, det blev nästan som att öppna "ett blad" hos patienten.*

Vårdpersonalen berättar vidare i intervjun att patienten haft höga poäng, 28 av 30 på det kognitiva testet som är en del av den basala screeningen och beskriver det som att bedömningsstödet med de olika symtombeskrivningarna därför var till extra stöd i utredningen av patienten och att "det blev så tydligt att det var PTSD".

VÅRDPERSONALENS ERFARENHET AV REFUGEE HEALTH SCREENER-13

Merparten av vårdpersonalen uppfattade det som att patienterna tog emot RHS-13 väl. En av de intervjuade beskriver det som att "Patienten kände igen sig i många av frågorna och tycktes känna sig trygg och bekväm med RHS-13".

I enkäten fick vårdpersonalen svara på frågan om RHS-13 var relevant för att särskilja kognitiv sjukdom och PTSD. De fick gradera svaren från 1–6 där siffran 1 stod för "stämmer inte alls" och siffran 6 stod för "stämmer mycket". 19 av 21 svarade på frågan och medelvärdet blev 4,4. I kommentarerna som lämnades i anslutning till frågan framkommer det att frågorna i RHS-13 bidrog till att "Leda in på nya spår som patienten själv spontant tog upp i samband med frågorna" och att RHS-13 "bidrog till att nya frågor ställdes".

RHS-13	Medelvärde	Antal svarande
Relevant för att särskilja tillstånden	4,4	19

Flera av de intervjuade beskriver det som att RHS-13 har en hög igenkänningsfaktor hos patienten, vilket kan bidra till att det blir lättare för patienten att prata om sin situation. Patienten blir bekräftad, vilket en av de intervjuade beskrev så här: "Jag använde en översatt version av RHS-13, och patienten fyllde i själv. Patienten sa att det var precis så den kände. Nästan som att patienten kände att det var en befrielse, med några få meningar fick patienten lov att sätta ord på det patienten ville få fram. Patienten tyckte det var så jobbigt, det satt i kroppen".

RHS-13 bidrog även till att öka kunskapen om patientens bakomliggande sökorsak. "Patienten fick verkligen lov att berätta hur det var, det var viktigt att patienten fick lov att sätta ord på det, patienten sa själv att RHS-13 var det viktigaste, att det var det patienten behövde". Upplevelsen kunde också uttryckas så här:

> *RHS-13 var bra för att komma fram till ny information, både med psykiska och fysiska symtom. Det får patienten att berätta om fler situationer och kan associera till olika situationer som gör att de mår på ett visst sätt. RHS-13 hjälper till att kunna bedöma och härleda till ett visst traumatiskt minne.*

En annan av de intervjuade uttryckte att det gav mod att ha frågorna framför sig:

> *Jag vågade fråga om kriget, vilket jag inte vågat vid tidigare möten med patienten.*

Samtidigt uttrycker flera av de intervjuade att de upplever att patienterna har svårt att ta till sig de fyra sista traumarelaterade frågorna i RHS-13, även om de försöker förklara och formulera om. Just de fyra sista frågorna är särskilt inriktade på PTSD-problematik. En av de intervjuade formulerar det som "I princip alla patienter har haft väldigt svårt att förstå de sista fyra frågorna" och en annan uttrycker det som "De flesta frågorna är mycket bra, men inte alla". Samma uppfattning lyftes i det avslutande fokusgruppsamtalet.

AVSLUTNING

Den här rapporten handlar om kognitiv sjukdom och sent debuterande PTSD hos personer med migrationsbakgrund. Vår ambition har varit att uppmärksamma likheterna mellan de båda sjukdomstillstånden samt utmaningarna som kan finnas i differentialdiagnosen.

Vi vill understryka att inte alla som utsätts för livshotande fara utvecklar PTSD, men ju fler allvarliga händelser en person är med om, desto högre är risken. Den kumulativa processen innebär att sannolikheten för personer som tvingats på flykt undan krig, tortyr eller förföljelse att traumatiseras är högre än hos inrikes födda. I en regional kartläggning genomförd av Migrationsskolan har det framkommit att utrikes födda med utomeuropeisk bakgrund diagnostiseras med kognitiv sjukdom i genomsnitt sju år tidigare än inrikes födda och av dem som diagnostiseras med kognitiv sjukdom före 65 års ålder är andelen utrikes födda dubbelt så stor. De svårigheter i differentialdiagnostik eller samsjuklighet som beskrivs i denna rapport kan vara en delförklaring. Ytterligare en förklaring kan vara de utmaningar som finns när det gäller kognitiv utredning av personer med annat modersmål än svenska. Konsekvenserna av en felaktig diagnos är allvarliga eftersom personer med kognitiv sjukdom som misstas för PTSD inte får rätt farmakologisk behandling. De riskerar även att genomgå en ansträngande traumabehandling utan nytta. Omvänt kan det innebära att personer med PTSD inte ges den traumabehandling som behövs.

Vi har i utvecklingsarbetet identifierat tre återkommande teman som vi anser särskilt viktiga att belysa:

Bedömningsstödet och RHS-13 bidrog till bättre differentialdiagnos
Genomgående beskriver vårdpersonalen att bedömningsstödet och RHS-13 bidrog till att nya frågor ställdes, vilket möjliggjorde att patientens potentiellt traumatiserande upplevelser uppmärksammades. Med hjälp av bedömningsstödet och RHS-13 kunde vårdpersonalen i en del fall utesluta kognitiv sjukdom och istället fördjupa samtalet kring patientens psykiska ohälsa. Bedömningsstödet bidrog även till kunskap om likheterna mellan kognitiv sjukdom och PTSD, vilket gjorde det lättare för vårdpersonalen att skilja på sjukdomarna. Idag ingår inte frågor om traumatiska upplevelser i den kognitiva utredningen. Vid utredning av kognitiv sjukdom ska andra diagnoser som kan förklara symtomen först uteslutas, men i dagsläget är det framför allt differentialdiagnos mot depression som övervägs. Vår rekommendation är att primärvården kompletterar sitt frågebatteri så att det undersöker traumareaktioner, även sent debuterande. Detta gäller framför allt i kontakt med patienter från riskgrupper, så som personer som upplevt krig och flykt. Eftersom allvarliga livshändelser också är sårbarhetsfaktorer för depression är mycket vunnet på tillskott av sådana frågor.

Kunskapen om PTSD behöver stärkas
Det är viktigt att kunskap om PTSD, inklusive sent debuterande sjukdom, finns hos vårdpersonal i mötet med patienten både inom primärvården och specialistmottagningar. Särskilt angeläget är detta i mötet med äldre personer med migrationsbakgrund som genomgår kognitiv utredning. I utvecklingsarbetet framkommer att det saknas kunskap om PTSD både som en enskild sjukdom och som differentialdiagnos. Återkommande beskrivs frågorna som berör PTSD i det kompletterande screeninginstrumentet RHS-13 som speciellt svåra att ställa och förklara för patient och tolk. För att kunna identifiera rätt diagnos och efterföljande vård är det en förutsättning att vårdpersonalen har kunskap om PTSD. Vi rekommenderar därför primärvården att erbjuda vårdpersonal som arbetar med kognitiv utredning kompetensutveckling om PTSD.

Patienternas sökorsaker uttrycks på en mängd olika sätt
Utvecklingsarbetets hypotes var att äldre migranter som söker vård för kognitiv svikt är i riskgrupp att få fel eller ofullständig diagnos. Under arbetets gång har det tydliggjorts att patienternas sökorsaker, oavsett om de senare visat sig drabbade av kognitiv sjukdom eller vara traumatiserade, uttrycks på olika sätt trots att de upplever liknande kognitiva problem. I enkäterna framkommer att patienterna kunde, förutom kognitiv svikt, söka för en rad andra besvär – vanligtvis smärta, trötthet eller fysiska svårigheter. Detta visar vikten av att i mötet vara öppen för att personer kan ha olika förklaringsmodeller för sin sjukdom och olika kännedom om vad de kan söka vård för. En sådan öppenhet gäller förstås inte enbart personer med migrationsbakgrund utan bidrar generellt till ett mer personcentrerat möte. Vi rekommenderar öppna frågor, speciellt i det första vårdmötet. Inspiration kan bland annat hämtas från bilagan Kulturformuleringsintervjun i diagnosmanualen DSM-5.

Att tvingas lämna sitt hemland är en ansträngande och resurskrävande process. Färre äldre än yngre lyckas ta sig ur krigsområden. När vi i sjukvården träffar äldre patienter med migrationsbakgrund är det därför framför allt personer som åldrats på plats här i Sverige som vi möter. Utifrån de senaste decenniernas migration kommer det bli allt vanligare för hälso- och sjukvården att utreda personer med migrationsbakgrund för kognitiv svikt och det är då viktigt att tänka på att uppmärksamma potentiellt traumatiserande händelser tidigare i livet och sent debuterande symtom. För att ge rätt diagnos, hoppas vi att den här rapporten kan bli ett första steg till fortsatt fördjupade insatser för äldre personer med migrationsbakgrund som söker vård och där det är oklart om det handlar om kognitiv sjukdom och/eller PTSD.

REFERENSER

Inledning

Lindgren, E., Sörenson, J., Nägga, K. & Wattmo, C. (2017). Equity in dementia care focusing on immigrants in Sweden: a nationwide register-based study. European Journal of Public Health, 27(3).

Nielsen, T.R., Antelius, E., Storstein Spilker, R., Torkpoor, R., Toresson, H. & Plejert, C. (2015). Dementia care for people from ethnic minorities: a Nordic perspective. International Journal Of Geriatric Psychiatry, 20, 217-222.

Nielsen, T.R. (2012). Evaluation of dementia in patients from ethnic minorities - A European perspective. I: PhD Thesis, Faculty of social sciences. University of Copenhagen.

Torkpoor, R., Fioretos, I., Essen, B. & Londos, E. (2021). "I know hyena. Do you know hyena?", Challenges in interpreter-mediated dementia assessment, focusing on the role of the interpreter. *Journal of Cross-Cultural Gerontology.*

Kognitiva sjukdomar

Brunea, M.A. Desmarais, P. & Pokrzywko, K. (2020) Post-traumatic stress disorder mistaken for behavioural and psychological symptoms of dementia: case series and recommendations of care. PSYCHOGERIATRICS 20: 754–759.

Elhusein, B., Mahgoub, O.B. & Khairi, A. (2020). Early-onset dementia: diagnostic challenges. BMJ Case Rep 2020;13:e233460. doi:10.1136/bcr-2019-233460.

Jongsiriyanyong, S. & Limpawattana, P. (2018) Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. Vol. 33(8) 500-507.

Roberts, R. & Knopman, D.S. (2013) Classification and Epidemiology of MCI. Clin Geriatr Med. 2013 Nov;29(4):753-72. doi: 10.1016/ j.cger.2013.07.003.

Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen.

Posttraumatiskt stressyndrom
Karam, E. G., Friedman, M. J. & Hill, E. D, (2014) Cumulative traumas and risk threshold: 12-month ptsd in the World Mental Health (wmh) surveys. Depress Anxiety 2014, 31 (130-142).

Martinez-Clavera, C., James, S., Bowditch, E. & Kuruvilla, T. (2017) Delayed-onset post-traumatic stress disorder symptoms in dementia. Progress in Neurology and Psychiatry I Vol. 21 Iss. 3 2017.

Morey, R., Logue, M. & van Rooij, S. (2016). Smaller amygdala and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder from multisite investigation by enigma and PGC consortia. Abstract in acnp 55th Annual Meeting: Poster session III. Neuropsychopharmacology 2016;41:S455–630.

Mittal, D., Torres, R. & Abashide, A. (2001). Worsening of post-traumatic stress disorder symptoms with cognitive decline: case series. J Geriatric Psychiatry Neurol, 2001; 14;17-20.

Pomerantz, A.L. (1991). Delayed onset of PTSD: delayed recognition or latent disorder? American Journal of Psychiatry 148, 1609.

Smid, G.E., Mooren, T.T. & van der Mast, R.C. (2009) Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. The Journal of Clinical Psychiatry, 2009; 70 (11), 1572-1582.

Likheter mellan PTSD och kognitiva sjukdomar
Doyle, C., Dunt, D. & Morris, P. (2014). Stress and dementia. Int Psychogeriatr 2014;26:1235–6.

Greenberg, M.S., Tanev, K., Marin, M.F. & Pitman, R.K. (2014). Stress, PTSD, and dementia. Alzheimers Dement 2014;10:S155–65.

Johnson, D.A. (2000). Series of cases of dementia presenting with PTSD symptoms in World War II combat veterans. J Am Geriatr Soc 2000; 48(1):70–2.

Samsjuklighet
Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. American Journal of Psychiatry, 164, 1319–1326.

Carty, J., O'Donnell, M.L., Creamer, M. (2006). Delayed onset PTSD: a prospective study of injury survivors. Journal of Affective Disorders 90 (2-3), 257–261.

Desmarais, P., Weidman, D., Wassef, A., Bruneau, M., Friedland, J., Bajsarowicz, P., Thibodeau, M., Herrmann, N. & Nguyen, Q.D. (2020). The Interplay Between Post- traumatic Stress Disorder and Dementia: A Systematic Review. Q. Am J Geriatr Psychiatry 28:1, January 2020.

Martinez-Clavera, C., James, S., Bowditch, E. & Kuruvilla, T. (2017). Delayed-onset post-traumatic stress disorder symptoms in dementia. *Progress in Neurology and Psychiatry* I Vol. 21 Iss. 3 2017.

Meziaba, O., Kirbyb, K.A., William, B., Yaffe, K., Byers, A.L., & E. Barnes, D.E.(2014). Prisoner of war status, posttraumatic stress disorder, and dementia in older veterans. Alzheimer's & Dementia 10 (2014) S236-S241.

Ohanna, I., Golander, H. & Barak, Y. (2011). Does late onset depression predispose to dementia? A retrospective, case-controlled study., Comprehensive Psychiatry 52 (2011) 659–661.

Radford, K., Delbaere, K., Draper, B., Mack, H.A., Daylight, G., Cumming, R., Chalkley, S., Minogue, C. & Broe, G.A. (2017). Childhood Stress and Adversity is Associated with Late-Life Dementia in Aboriginal Australians. Am J Geriatr Psychiatry 25:10, October 2017.

Utvecklingsarbetets genomförande
Delilovic, S., Hagström, A., Shedrawy, J. & Lönnroth, K. (2020). Screening av psykisk ohälsa med Refugee Health Screener – en uppföljning från Region Stockholm. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:2.

Avslutning
Migrationsskolan. (2020). *Demensdiagnos och utrikes född – Skåne 2019*. Migrationsskolan Rapport 2020:1.

BILAGA NR.1

Bedömningsstöd till primärvården för utredning av personer med migrations- och flyktingbakgrund som söker vård för minnesproblem.

KOGNITIV SJUKDOM ELLER SEN POSTTRAUMATISK STRESS?

Personer som upplevt potentiellt traumatiserande händelser riskerar att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Flyktingar har en förhöjd risk att utveckla PTSD och sjukdomen kan debutera sent, ibland år eller decennier efter den traumatiserande händelsen. Detta bedömningsstöd är framtaget eftersom kognitiv sjukdom och PTSD är sjukdomar med gemensamma riskfaktorer och delvis gemensamma kognitiva uttryck och symtom. Förekomsten av den ena sjukdomen ökar risken för den andra.
De båda sjukdomarna kan likna varandra och samexistera. Det innebär ökad risk för feldiagnostisering eller att enbart en av de två befintliga sjukdomarna upptäcks.

Att särskilja de båda sjukdomarna är speciellt svårt tidigt i sjukdomsförloppet. Eftersom PTSD kan behandlas även vid mild kognitiv sjukdom är det just i början av sjukdomsutvecklingen särskilt viktigt med korrekt diagnostisering. I de fall du misstänker att personen lider av PTSD, eller både kognitiv sjukdom och PTSD, är det möjligt att som komplement till den basala kognitiva utredningen använda screeninginstrumentet Refugee Health Screener (RHS-13) och det här bedömningsstödet.

Notera att syftet med bedömningsstödet är vägledning, det är inte ett screeninginstrument för diagnossättning. Förutom sent debuterande PTSD bör även exempelvis depression, missbruk och stroke övervägas.

I bedömningsstödet finns sex symtom patienten kan söka hjälp för, förklarade utifrån kognitiv sjukdom eller PTSD. Ingen person har alla symtom oavsett om de drabbats av PTSD, kognitiv sjukdom eller båda sjukdomarna.

1. Minne och koncentration
2. Hallucinationer, vanföreställningar eller påträngande minnen
3. Undvikande av dåtiden
4. Irritabilitet och gråt
5. Överreaktivitet
6. Drar sig undan sociala sammanhang

1. MINNE OCH KONCENTRATION

PTSD: Personerna har påträngande traumaminnen (visuella, hörsel-, dofteller kroppsrelaterade) som gör att koncentrationen bryts, vilket försvårar lagring av nya minnen. Påträngande, distraherande minnen är huvudanledningen till att personer med PTSD har problem med inlärning, att bilda nya minnen, att orientera sig, ta initiativ och exempelvis att utföra vardagliga rutiner. De har inte problem med minnet när de inte är påverkade av att återuppleva tidigare händelser. Efter lång tids sjukdom kan dock exempelvis sömnproblem påverka personens förmåga generellt.

KOGNITIV SJUKDOM: Minnesproblem i kognitiva sjukdomar är framför allt en fråga om generellt försämrat minne. Minnet kan delas in i bland annat korttidsminne och långtidsminne. I tidig kognitiv sjukdom drabbas korttidsminnet. Det är vanligt att inlärning, det vill säga bearbetning av intryck, påverkas. Detta leder till att personen glömmer aktuella händelser, avtalade tider eller vilken dag det är. När sjukdomen fortskrider kan även långtidsminnet drabbas.

2. HALLUCINATIONER, VANFÖRESTÄLLNINGAR ELLER PÅTRÄNGANDE MINNEN

PTSD: Påträngande traumaminnen kan vara visuella men det kan också röra sig om doft-, hörsel- eller kroppsminnen. Vid PTSD rör det sig inte om vanföreställningar eller hallucinationer utan just om minnen – men de upplevs verkliga, som om de sker här och nu. Fråga patienten om ljudet, känslan, doften eller bilden de har. Personer med PTSD kan vanligtvis berätta vad symtomen påminner om, men hos äldre kan minnet ha fragmentiserats och vara svårare att känna igen.

KOGNITIV SJUKDOM: Personer med kognitiv sjukdom har en ökad risk att omtolka verkligheten. De kan ha en förvrängd verklighetsuppfattning, exempelvis att ha blivit bestulen, att partnern varit otrogen eller att maten blivit förgiftad. Vanföreställningarna är äkta och logiska för personen och låter sig sällan påverkas av rationella argument. Hallucinationer – upplevelser som inte är kopplade till verkliga sinnesintryck – är inte ovanliga, framför allt vid vissa typer av kognitiv sjukdom eller sent i förloppet. Personen kan drabbas av både syn- och hörselhallucinationer.

3. UNDVIKANDE AV DÅTIDEN

PTSD: Traumatiserade personer anstränger sig för att undvika att tänka på och prata om traumatiska minnen. De undviker inte sällan saker, platser, personer och situationer som kan påminna om den traumatiska händelsen. Påträngande minnen gör ändå att de tänker mycket på dåtiden.

KOGNITIV SJUKDOM: Personer med kognitiv sjukdom har gärna fokus på upplevelser som hänt tidigare i livet eftersom närminnet sviktar. De har inget aktivt undvikandebeteende.

4. IRRITABILITET OCH GRÅT

PTSD: Vid påträngande minnen reagerar traumatiserade personer med upprördhet och fysisk beredskap som kan hålla i sig även efter minnet passerat. Ilska och irritation är vanligtvis kopplat till överdriven vaksamhet (hypervigilans) och en upplevelse av hot. Irritation, aggression eller gråt är ett sätt att markera gränser och hantera upplevelser av ständig utsatthet. Efter längre tids sjukdom kan symtomen också förklaras med trötthet.

KOGNITIV SJUKDOM: Praktiska vardagssysslor blir svårare. Språket försämras och personen får problem med att förstå och uttrycka sig. Detta kan bidra till frustration, irritabilitet och nedstämdhet. Personens hämningar kan också förändras, vilket leder till att känslokontrollen brister. En lättutlöst och opåkallad gråtmildhet kan även uppkomma i efterloppet av stroke.

5. ÖVERREAKTIVITET

PTSD: Traumatiserade personer har snabba överdrivna reaktioner, är ofta lättskrämda, rastlösa och vaksamma på exempelvis rörelser och ljud eftersom de upplevs hotfulla.

KOGNITIV SJUKDOM: Personerna kan ha en överdriven vaksamhet och vara lättskrämda och reagera på plötsliga ljud, men förmågan att reagera snabbt kan snarare vara nedsatt: Personen kan vara trögare i tanken, reagera långsammare och behöva längre tid för att svara.

6. DRAR SIG UNDAN SOCIALA SAMMANHANG

PTSD: Personen undviker situationer som kan trigga traumaminnen och undviker därför ibland sociala sammanhang. Beteendet kan också handla om att distraherande minnen gör det svårt att följa med i samtal vilket kan bidra till att personen känner sig förvirrad och inte vill att andra ska märka detta. Nedstämdhet, negativ syn på världen och samsjuklighet mot depression kan också bidra.

KOGNITIV SJUKDOM: Personer med kognitiv sjukdom har problem med delad uppmärksamhet, vilket kan göra det svårt när exempelvis flera personer pratar samtidigt. Missförstånd uppstår lätt och personen känner sig ofta utanför. Personen kan ha svårt att acceptera sin situation och vill inte visa sina symtom i sociala sammanhang.

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM
REGION SKÅNE

BILAGA NR.2

REFUGEE HEALTH SCREENER-13 (RHS-13)

Instruktioner: Ange i skalan vid varje symtom i vilken grad symptomet har besvärat dig under den senaste månaden. Ringa in det alternativ som bäst passar in på dig. Om symtomet inte har besvärat dig under den senaste månaden ska du ringa in ”0” som betyder ”INTE ALLS”.

	Symptom	Inte alls	I liten grad	Måttligt	I hög grad	I mycket hög grad
1	Värk i muskler, skelett eller leder	0	1	2	3	4
2	Känt dig ledsen eller nedstämd större del av tiden	0	1	2	3	4
3	Tänkt för mycket eller haft för många tankar	0	1	2	3	4
4	Känt dig hjälplös	0	1	2	3	4
5	Plötsligt känt dig rädd utan anledning	0	1	2	3	4
6	Svimfärdig, yr eller svag	0	1	2	3	4
7	Nervositet eller skakighet inombords	0	1	2	3	4
8	Känt dig rastlös, kan inte sitta stilla	0	1	2	3	4
9	Lätt att gråta	0	1	2	3	4

Följande symptom kan vara relaterade till traumatiska upplevelser under krig och migration. I vilken grad har du under den senaste månaden:

	Symptom	Inte alls	I liten grad	Måttligt	I hög grad	I mycket hög grad
10	Återupplevt traumat: att du agerat eller känt som om att det händer igen?	0	1	2	3	4
11	Haft kroppsliga reaktioner (t ex svettningar, hjärt-klappning) när du blivit påmind om traumat?	0	1	2	3	4
12	Känt dig känslomässigt avtrubbad (t ex varit ledsen utan att kunna gråta, inte kunnat känna kärlek)?	0	1	2	3	4
13	Känt dig lättskrämd, haft lättare att rycka till (t ex av plötsliga ljud eller rörelser)?	0	1	2	3	4

PERSONER SOM TVINGATS PÅ FLYKT undan krig, hot, tortyr eller förföljelse har en förhöjd risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Sjukdomen kan debutera sent, ibland år eller decennier efter den traumatiserande händelsen. I mötet med vården riskerar äldre personer som söker vård för minnessvårigheter orsakade av den sent debuterade posttraumatiska stressen istället diagnostiseras felaktigt med kognitiv sjukdom.

I den här rapporten presenteras ett utvecklingsarbete om kognitiv sjukdom och sent debuterande PTSD hos personer med migrationsbakgrund. Med ökad kompetens inom området kan äldre som överlevt krig snabbare få rätt vård, oavsett om det handlar om traumabehandling, insatser inom demensvården eller en kombination.

Rapporten vänder sig till vårdpersonal inom primärvård och specialistminnesmottagningar som i sitt arbete möter personer med migrationsbakgrund.

MIGRATIONSSKOLAN är en del av Kunskapscentrum demenssjukdomar och har ett regionalt uppdrag i Region Skåne. Uppdraget består i att arbeta för jämlik och säker demensvård, oavsett bakgrund.

TRANSKULTURELLT CENTRUM är Region Stockholms kunskapscenter för medarbetare inom hälso-, sjuk- och tandvård som möter människor med migrationsbakgrund.

RÖDA KORSETS KOMPETENSCENTER FÖR TORTYR- OCH KRIGSSKADEREHABILITERING kombinerar kunskap från Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade med Röda Korsets Högskolas vetenskapliga kompetens i kliniknära forskning.

Migrationsskolan Rapport 2021:1

RödaKorset
Röda Korsets Högskola

Svenska Röda Korset

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

REGION SKÅNE