

Dementni bolnik, njegova družina in zdravnik splošne medicine

Patients with dementia, their families and general practitioner

Metka Pentek¹

Izvleček

Zdravniki splošne medicine se srečujemo z dementnimi bolniki in njihovimi svojci v vseh stadijih bolezni. Kratki predstavitvi osnovnih informacij o demenci in spremembah na področju spoznavnih, čustvenih in telesnih sposobnosti ter v vedenju dementnega bolnika sledi razdelitev bolezni v tri različna obdobja. Navedeno je, kaj se v treh različnih bolezenskih obdobjih dogaja z bolnikom in njegovo družino ter kakšna je vloga zdravnika in drugih zdravstvenih in socialnih delavcev. V nadaljevanju sestavka je svetovan diagnostični postopek in navedena uporaba različnih diagnostičnih metod, ki jih zdravniki splošne medicine lahko uporabljamo.

Abstract

General practitioners encounter patients with dementia and their relatives in every stage of the disease. Short presentation of basic information on dementia and on changes of cognitive, emotional and physical abilities and behavioral changes in patients with dementia is followed by a description of three stages of the disease. There follows a description of what is happening to patients and their families, and what should be the role of physicians and other health professionals and social workers. There are also some diagnostic procedure guidelines and a description of various diagnostic methods that are available to general practitioners.

UVOD

Zdravnik splošne medicine se v svoji praksi srečuje z dementnimi bolniki v vseh stadijih bolezni. Bolnike in njihove svojce spremlja od blagih

¹ *Metka Pentek, dr. med., ZD Medvode, Ostrovrharjeva 6, 1215 Medvode*

začetkov bolezni skozi obdobja številnih zapletov in ugašanja bolnikovih telesnih in duševnih sposobnosti. Včasih zaradi odhoda bolnika v institucijo ne spremlja bolnika povsem do konca njegovega življenja, še vedno pa veliko bolnikov ostaja do zaključka svojega življenja doma. Takrat zdravnik ter drugo zdravstveno in socialno osebje iz bolnikovega bivalnega okolja skrbi za bolnika in sodeluje z bolnikovimi svojci do njegove smrti.

Vsako obdobje bolnikove bolezni postavlja tako pred bolnika samega kot pred njegove svojce in zdravstvene ter socialne delavce različne zahteve, pokažejo se različne potrebe po pomoči. Pomembno je usklajeno delovanje vseh udeleženih, dober timski pristop.

KRATEK POVZETEK OSNOVNIH INFORMACIJ O DEMENTNOSTI

V ostalih prispevkih bo dosti napisanega o nevroloških in psihiatričnih simptomih pri demenci. Sama bom omenila tiste, na katere smo v splošni praksi najbolj pozorni.

Spremembe na področju spoznavnih sposobnosti:

- **pozornost** (razni predmeti in glasovi skrenejo bolnikovo pozornost, bolnik izgubi "nit" razgovora),
- **abstraktno mišljenje** (ne razume simbolične govorice, šal, pregovorov),
- **besedne spretnosti** (ne najde besed, nadomešča jih s podobnimi besedami ali opisi; uporablja enostaven govor; ponavlja iste besede, fraze),
- **kratkoročni spomin** (pozabi, kaj je pravkar storil, rekel; ne zna povedati, kaj je delal isti dan),
- **dolgoročni spomin** (pozabi, kaj se je dogajalo pred kratkim, zadnje tedne, mesece),
- **orientacija v prostoru, času in osebah** (ne ve, kje je, kateri letni čas ali leto je, kako je ime domačim, ne prepozna sicer znanih oseb),
- **delovanje višjih kortikalnih funkcij** (afazija, agnozija, apraksija),
- **presojanje okolice** (izgubi takt, je manj urejen, se manj spodobno vede).

Motnje na nivoju čustvovanja in vedenja:

- **depresivnost** (pogosto prisotna predvsem v prvem obdobju; znaki depresivnosti in demence se velikokrat prepletajo)
- **čustvena labilnost** (razdražljivost, jokavost, izbruhi jeze, vzkipljivost),
- **sumničenje** (obtožbe, da mu kradejo denar in razne predmete, da zastrupljajo hrano),
- **beganje** (stalno odhajanje od doma, ker ga ne prepozna kot svoj dom),
- **nočni nemir in nespečnost** (pogosto zamenja dan za noč).

Telesne motnje in težave:

- **motnje gibanja in otežena pokretnost** (na začetku bolezni so pogosto dobro pokretni, motnje v pokretnosti nastopijo v napredovali obliki bolezni),
- **motnje hranjenja in požiranja** (sprva pozabijo, kako se uporablja pribor, kasneje pa, kako je treba pogoltniti hrano),
- **motnje odvajanja vode in blata** (različne stopnje inkontinence).

Omenjeni znaki so pri dementnih bolnikih lahko različno močno izraženi in se tudi različno kombinirajo. Nekateri znaki so pogostejši v določenih stadijih bolezni. Ponavadi govorimo o treh različnih obdobjih.

MEDOSEBNI ODNOSI V RAZLIČNIH OBDOBJIH BOLEZNI

Različni stadiji bolezni zahtevajo tako od bolnika kot od njegovih družinskih članov oziroma okolice in nas, zdravstvenih in socialnih delavcev, različno reagiranje.

Zgodnji stadij - I. stadij (blaga oblika demence)

Najpogosteje prisotni znaki:

- pozabljanje,
- motnje v orientaciji (časa, prostora, prepoznavi oseb),
- osebnostne spremembe,
- nihanje v razpoloženju,

- slabo presojanje,
- pomanjkanje iniciative,
- motnje v računanju.

Dementni bolnik

Dementni bolnik potrebuje v prvem obdobju bolezni predvsem vzpodbujanje in vodenje, da opravlja različne dejavnosti. To je obdobje, v katerem z raznimi dejavnostmi (na primer reševanjem križank, zbiranjem fotografij in opisovanjem dogodkov na njih, glasnim obnavljanjem dnevnih dogodkov itd.) ohranja utečene miselne poti in jih utrjuje. Zaradi čustvenih sprememb, predvsem žalosti in včasih povsem izražene depresije zaradi zavedanja dejstva, da izgublja vrsto svojih sposobnosti, morda potrebuje poleg iskrenega vzpodbujanja in podpore medikamentno zdravljenje. Motnje vedenja se ponavadi kažejo kot nekoliko bolj izrazite, že prej nastavljene osebnostne značilnosti (neodločnost, skopost, klepetavost itd.). Tako spremenjeni bolnik potrebuje dokaj tolerantno okolje.

Bolnikova družina

Ena od ameriških raziskav je pokazala, da v obdobju blage demence bolezenskih motenj spominjanja ne prepozna 52% družinskih članov, 13% pa jih ne prepozna pri resno razviti obliki bolezni. Zanimiv je bil še odgovor na vprašanje, ali svojci, ki so opazili motnje spominjanja, kaj naredijo. Kar 52 % jih ne naredi ničesar. Svojci ponavadi razlagajo bolnikove spominske in tudi druge težave kot del normalnega staranja.

Bolnikovi svojci se morajo v prvem obdobju čimbolj seznaniti z naravo bolezni, možnimi zapleti glede bolnikovega vedenja ter s spremembami na intelektualnem in čustvenem nivoju, da so bolj pripravljeni, ko se vse te spremembe pokažejo in motnje razvijejo. Bolnikovo družino je potrebno vzpodbujati, da si dolžnosti ob bolniku porazdelijo vsi razpoložljivi člani, da vsak prispeva svoj delček (tudi na primer otrok lahko skupaj z dedom rešuje miselne uganke, prijatelj pomaga pri urejanju fotografij itd.). V prvem obdobju svojci velikokrat menijo, da bodo sami zmogli skrb za svojca.

Zdravnik splošne medicine in drugi zdravstveni ter socialni delavci

V prvem obdobju mora zdravnik opraviti potrebne diagnostične postopke, da se odkrijejo morebitne reverzibilne oblike demence, da se zdravijo dejavniki tveganja in tudi demenca sama. To je tudi obdobje, ko mora o bolezni poučiti družinske člane in jim dati jasno vedeti, da si morajo obveznosti porazdeliti, da en sam človek ne bo zmogel skrbti za dementnega bolnika. Ostali zdravstveni in socialni delavci v tem obdobju še niso toliko udeleženi v skrbi za dementnega bolnika, je pa prav, da že vstopijo v družino, da njeni člani vedo, kdo jim ob slabšanju bolnikovega stanja lahko priskoči na pomoč.

Srednji stadij - II. stadij (srednje razvita oblika demence)

Najpogostejše prisotni znaki:

- vse večje motnje spominjanja in pogostejša obdobja zmedenosti,
- kratko obdobje pozornosti (nekaj sekund do 5-10 minut),
- ponavljanje istih vprašanj,
- izrazita časovna dezorientacija,
- hitra frustracija, če potrebe niso takoj zadovoljene,
- sumničavost,
- stalno gibanje, hoja, nemir,
- resne motnje spanja,
- težave pri opravljanju običajnih dnevnih aktivnosti,
- potreben je 24-urni nadzor.

Dementni bolnik

V drugem obdobju potrebuje bolnik veliko pomoči, saj še marsikaj zmore, zaradi napredovalih sprememb pa se ustavlja na sredi opravljanja dejavnosti in ne ve, kako naprej. V tem obdobju se manj zaveda lastnih sprememb na intelektualnem in čustvenem nivoju ter v vedenju, opaža pa zasledi številne spremembe v okolju, ki si jih ne zna razložiti. Potrebuje veliko mero razumevanja in umirjene podpore.

Bolnikova družina

Drugo obdobje je verjetno za družinske člane najtežje. Nespečnost zaradi bolnikovega nočnega tavanja in beganja, sumničenje in neutemeljene obtožbe, ponavljajoča vprašanja in ostale spremembe izčrpavajo družinske člane. Svojci, ki z boleznijo niso dobro seznanjeni, menijo, da bolnik dela kakšne stvari namenoma, da je "zleht". Če ne prej, se bolnikovi svojci sedaj obrnejo na zdravnika in zdravstveno osebje in prosijo za pomoč pri obvladovanju bolnikovih motečih sprememb. V drugem obdobju je zelo velika nevarnost "izgorevanja" družinskih članov, največkrat glavnega skrbnika. Družina lahko povsem zanemari svoje potrebe in izčrpana na koncu pristane na napotitev bolnika v institucijo - pri akutnih stanjih v bolnišnico, v težko obvladljivem kroničnem stanju pa v dom za starejše občane. Neredko imajo ob tem velike občutke krivde. Velikokrat tudi slišimo, kako v tem obdobju svojci z žalostjo ugotavljajo, da je dementna oseba postala zelo drugačna, da so izgubili mamo ali očeta, kot so ju poznali.

Zdravnik splošne medicine in drugi zdravstveni ter socialni delavci

V drugem obdobju je zdravnik velikokrat postavljen pred vprašanje, kako skrbeti za bolnika in hkrati upoštevati potrebe družinskih članov. Tako kot zdravje dementnega bolnika je pomembno tudi zdravje družinskih članov. Ni enostavno poiskati kompromisa med potrebami obeh strani, pogosto je nujno poseči po različnih medikamentih. Na številna vprašanja bolnikovih svojcev, kako obvladati različne motnje, nimamo enostavnih odgovorov. V tujini imajo že izdelana navodila za svojce, na primer za odzivanje na bolnikovo tavanje, nespečnost, zavračanje hrane, umivanja in vzdrževanja osebne higiene itd. Menim, da bi tudi pri nas morali nadaljevati s serijo zloženek z navodili za bolnikove svojce.

Patronažne sestre v drugem obdobju pomagajo svojcem pri zdravstveni negi in s praktičnimi nasveti na bolnikovem domu. Pri laični negi in razbremenitvi svojcev imajo izredno pomembno vlogo negovalci odraslih v okviru programov javnih del, ki so vodena preko centrov za socialno delo. Socialni delavci lahko pomembno pomagajo pri zagotavljanju različnih socialnih pravic. Socialni delavec vodi potreben postopek, kadar pride do vprašanja opravilne sposobnosti dementnega bolnika. Omeniti

moram še vlogo prostovoljcev. Žal prostovoljno delo pri nas še ni dovolj razvito. Nekatere srednje šole vključujejo v svoje programe prostovoljno delo, tudi mlajši upokojenci se ponekod povezujejo v skupine, ki nudijo predvsem družabništvo starejšim bolnikom. Vsi, ki sodelujejo pri skrbi za dementnega bolnika, pa potrebujejo dodatno znanje.

Zadnji stadij - III. stadij (huda oblika demence)

Najpogosteje prisotni znaki:

- majhna sposobnost, da skrbijo zase,
- ne prepoznavajo sebe ne svojih bližnjih,
- veliko spijo,
- inkontinenca urina in blata,
- ne zmorejo več besedne komunikacije,
- večkrat zavzamejo položaj fetusa,
- so vsestransko ranljivi.

Dementni bolnik

Zaradi ugašanja telesnih funkcij bolnik v tretjem obdobju ni več toliko v gibanju in potrebuje predvsem nego. Njegovo komuniciranje z okolico je omejeno, počasi se zapira v svoj svet.

Bolnikova družina

Zaradi bolnikove manjše aktivnosti je na videz zahtevnost skrbi zanj manjša, vendar se poveča potreba po negi. Družinski člani se zavedajo odhajanja dementnega bolnika, ugašanja njegovega telesa. Pogosto rečejo, da je njihova mama ali oče odšel že prej, zdaj pa odhaja še telo.

Zdravnik splošne medicine in drugi zdravstveni ter socialni delavci

Za tretje obdobje velja, kar je napisano tudi za drugo obdobje. Zaradi povečane potrebe po negi postane vloga patronažne sestre večja.

DIAGNOSTIČNI PRISTOP ZDRAVNIKA SPLOŠNE MEDICINE

Za pravilno in hitro diagnostiko je pomemben sistematičen pristop in uporaba različnih diagnostičnih metod. Če bi delali le po občutku, seveda ne bi dobili pravilnih rezultatov. Nizozemski raziskovalci so ugotovili, da presoja splošnih zdravnikov, ali ima nekdo demenco, temelji predvsem na prisotnosti motenj spomina in drugih kognitivnih motenj ter sposobnosti in uspešnosti osebe pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti, kot so oblačenje, umivanje, hranjenje, odvajanje, opravljanje toalete in gibanje. V primeru, da je samostojnost bolnika pri teh opravilih motena, zdravniki splošne medicine bolnika prej ocenimo za dementnega in s tem lahko naredimo napako. Pri ocenjevanju prisotnosti oziroma odsotnosti demence je zato potrebno slediti diagnostični shemi, ki jo predlagam v nadaljevanju.

Anamneza in heteroanamneza

Obe metodi sta izredno pomembni in zdravniku splošne prakse najbolj dosegljivi. Večletno poznavanje bolnika omogoča osebnemu zdravniku hitrejše zaznavanje že manjših sprememb. Žal je pomanjkanje časa tisto, kar nas pogosto naredi manj senzibilne.

Anamneza

Nizozemski raziskovalci so ugotovili, da se bolniki v zgodnjem stadiju dementnosti pri splošnem zdravniku oglasijo predvsem zaradi motenj spomina in koncentracije oziroma zaradi pozabljanja. Pogosto dodajo, da jih moti, ker imajo težave pri poimenovanju, pri izrekanju imen oseb in/ali stvari, ki so jih nekoč izrekli brez pomisleka. Neredko se še potožijo, da si ničesar novega ne zapomnijo, da si morajo vse zapisati. To so dokaj pogoste pritožbe bolnikov v splošni praksi in lečeči zdravnik ima veliko dela, da razloči med tistimi bolniki, pri katerih gre za običajne in normalne težave, povezane s staranjem, in tistimi bolniki, pri katerih je utemeljen sum na začetek demence. O teh znakih bo več govora v ostalih prispevkih.

Opozorila bi posebej na možne napake, ki jih delamo pri komuniciranju z dementnim bolnikom. Zaradi neprimerne načina komuniciranja lahko

zdravnik pri razgovoru z dementnim bolnikom pride do slabših izvidov in tako do slabše ocene bolnikovega stanja. Zmotno lahko ugotovimo, da je bolnik bolj prizadet, kot je v resnici, zato navajam nekaj priporočil, kako naj zdravnik pri jamanju anamneze komunicira z dementnim bolnikom. Pozorni moramo biti na besedno in nebesedno komunikacijo. Osnovna navodila za besedno komuniciranje:

- vedno na začetku pokličite osebo z njenim imenom (da pritegnete njeno pozornost),
- uporabljajte običajne, enostavne besede,
- govorite v enostavnih stavkih, (ki naj bodo kratki in jedrnat),
- govorite počasi,
- v stavku naj bo le eno navodilo (na primer: “Prepognite list papirja.” Ko to stori, sledi navodilo: “Podajte mi list.”),
- uporabljajte imena in ne zaimkov (na primer: “Vaša žena Marija mi je povedala”, in ne: “Ona mi je povedala”.),
- ko ponavljate navodila, jih ponovite natanko tako kot prvič,
- pri komuniciranju si bodita eden nasproti drugega,
- navodil ne dajajte iz drugega prostora (dementna oseba sliši glasove, ne vidi pa govorečaga - možnost dodatne zmedenosti),
- ne šepetajte,
- če oseba ni razumela, nikar ne govorite glasneje (razen če je naglušna),
- govorite z mirnim glasom,
- izognite se motečim dejavnikom (na primer točenju vode in umivanju rok).

Osnove za nebesedno komuniciranje:

- vzpostavite stik z očmi,
- uporabljajte govorico obraza, geste, govorico telesa (vendar ne pretiravajte),
- poskrbite, da se bo govorica telesa ujemala z izrečenimi besedam,
- uporabljajte umirjen in prijazen pristop, odnos sprejemanja,
- uporabljajte obziren, nežen dotik (če si bolnik dotika želi).

Omenjena navodila za komuniciranje z dementnim bolnikom lahko uporablja kdorkoli, tudi svojci. Tako bodo bolje spoznali in razumeli svojega dementnega družinskega člana.

Heteroanamneza

Pri postavljanju pravilne diagnoze je pomembna tudi heteroanamneza. Pogosto namreč bolnik sam veliko slabše opazi bolezenske odklone kot pa nekdo, ki živi z bolnikom ali v njegovi bližnji okolici. Iz izkušenj vemo, da se svojci obrnejo na zdravnika, ko je stanje že precej težavno. To so ponavadi naslednje motnje:

- kratkoročno spominjanje (si ne zapomni dogovorjenega, pušča prižgan štedilnik, ponavlja ista vprašanje, pripoveduje isto zgodbo, ne prepozna okolja, časa, ljudi itd.),
- obtožuje, da mu kradejo,
- čustveno spremenjen (čustveno labilen, izbruhi čustev, na primer jeze, težje kontrolira svoje razpoloženje),
- motnje vedenja (se noče umivati, se slači na neprimernih mestih in se razkazuje),
- ne zmore več sam skrbeti zase,
- drugo.

Iz navedenega lahko vidimo, da družina oziroma družinski člani dolgo odlašajo, preden pridejo k zdravniku po pomoč. Takrat ko vendarle pridejo, so nemalokrat precej izčrpani in na koncu svojih moči. Naloga osebnega zdravnika je, da se pozanima o stanju bolnika, pa tudi o zdravju družinskih članov, predvsem tistega, ki najbolj skrbi za bolnika. Posebno pozorni moramo biti, ko svoje govori, da nima časa, da bi skrbel zase, se ukvarjal s sabo. Najpogostejši znaki stresa in možni izgovorjeni stavki skrbnikov in negovalcev so:

- zanikanje bolezni (na primer: "Vem, da bo šlo mami, očetu bolje."),
- jeza do bolnika in drugih (na primer: "Če....bom zakričala."),
- zanemarjanje socialnih stikov (na primer: "Nimam ne časa ne volje za srečanje s prijatelji."),
- anksioznost (na primer: "Kaj bo, ko mu ne bom več mogel pomagati?"),
- depresija (na primer: "Ne zmorem več."),
- izčrpanost (na primer: "Preutrujen sem, da bi karkoli storil."),
- nespečnost (na primer: "Kaj bo, ko bo spet taval okoli, si kaj polomil?"),
- preobčutljivost in razburljivost (na primer: "Pusti me na miru!"),
- pomanjkanje pozornosti (na primer: "Pozabil sem."),
- zdravstvene težave, problemi na telesnem in psihičnem nivoju (na primer: "Ne spomnim se, kdaj sem se nazadnje dobro počutil.").

Kadar zasledimo v govoru skrbnika take stavke, bodimo pozorni na njegovo stanje.

Klinični pregled

Pri kliničnem pregledu in diagnostiki mora biti zdravnik splošne medicine pozoren na bolezenske procese, ki se kažejo z znaki podobnimi znakom demence. Osebni zdravnik mora biti pozoren in zdraviti razne druge bolezni, ki pospešijo ali spremenijo običajno sliko dementnosti. Opozorila bi vas na naslednja stanja in bolezni, katerih morebitno sočasnost je potrebno oceniti in zdraviti:

- senzorični defekti (vid, sluh),
- internistična obolenja (bolezni ščitnice, sladkorna bolezen, anemija, motnje prehranjevanja, atrofija želodčne sluznice, dehidracija, elektrolitične motnje),
- nevrološka obolenja (možganski tumorji, Parkinsonova bolezen, njej podobni sindromi),
- psihična obolenja (depresija),
- intoksikacije (zdravila, alkohol).

Laboratorijske in slikovne preiskave

Pri bolniku, pri katerem sumimo na prisotnost demence, svetujem v splošni praksi le osnovne laboratorijske preiskave: hemogram (E, Hb, Ht, MCV, L, SR, DKS), osnovni pregled urina, biokemične preiskave (sladkor, sečnina, kreatinin, morda TSH). S pomočjo omenjenih laboratorijskih preiskav potrdimo marsikatero zgoraj omenjeno bolezen. Glede na dobljene rezultate in na smernice, kako voditi bolnika z določeno boleznijo, se potem odločimo, katere preiskave bomo še naredili na primarnem nivoju in kdaj ga bomo usmerili na sekundarni nivo. Ob nejasnostih se povežimo z zdravnikom iz najbolj ustrezne specialistične stroke.

Hišni obisk

Obisk na domu je informacija o bolnikovem življenju in življenju njegovih domačih, ki je dosegljiva le zdravniku splošne prakse in patronažnim sestram. Za postavitev diagnoze je priporočljivo, da si ogledamo, kako bolnik funkcionira v domačem okolju.

Testi za ugotavljanje upada spoznavnih sposobnosti

Zdravniki splošne medicine nismo navajeni uporabe različnih testov. Pri diagnostiki stopnje dementnosti svetujem uporabo dveh. Bolnik mora s seboj prinesiti očala. Rezultate testov se je potrebno naučiti vrednotiti. Vedeti moramo, da rezultati testiranja brez drugih natančnih diagnostičnih postopkov nimajo pomembne vrednosti.

Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS)

Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS) (Mini-Mental State Examination - MMSE). Test je sestavljen iz tridesetih vprašanj, ki ocenjujejo različne bolnikove sposobnosti: orientacijo, zapominjanje, pozornost in računanje, spominsko reprodukcijo, poimenovanje predmetov, ponovitev stavka, izvajanje trisopenjskega ustnega ukaza, izvajanje pisnega navodila, pisanje ter prerisovanje. Vsak pravilen odgovor prinese eno točko. V svetovni literaturi ni enotnega vrednotenja doseženih rezultatov. Svetujem naslednjo lestvico: če doseže bolnik skupno 23 - 19 točk, govorimo o blažji prizadetosti, 18 - 11 točk pomeni srednjo prizadetost, doseženih 10 točk in manj pa govori o hujši prizadetosti bolnika. Testiranje traja približno 10 do 15 minut.

Test risanja ure (TRU)

Poznamo nekaj vrst testa. Pri testu, ki ga sama uporabljam, bolniku izročim list papirja z narisanim krogom in mu izrečem naslednje navodilo: "Ta krog predstavlja uro. Napišite številke in narišite dva kazalca, tako da bo ura kazala deset minut čez enajst." Narisana ura se ovrednoti s trinajstimi postavkami. Predlagane mejne vrednosti doseženih rezultatov so: 13 - 11 normalen rezultat, 10 - 7 srednja stopnja, 6 - 0 težka oblika demence. Testiranje traja približno 5 minut.

Literatura:

1. Pitt B. Dementia. In: Psychogeriatrics. An introduction to the psychiatry of old age. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982: 39-63.
2. De Bruyne GA, Meyboom de Jong B, Muskens JB, Veltman MTM, Weijtens JTMN, Wind AW. NGH-Standard Dementia Syndrom. Huisarts

Wet 1991; 34 (13): 598-607.

3. Pentek M. Dementni bolnik, njegovi svojci in zdravnik splošne medicine. V: Pentek M, ed. Dementni bolnik in njegova okolica. Medijske Toplice-Izlake: Gerontološko društvo Slovenije, 1994; 30-9.
4. Wind AW, Schellevis FG, Van Staveren G, Scholten RJPM, et al. Determinants of the judgement of general practitioners on dementia. In: Wind AW, ed. Diagnosing dementia in general practice. 1994; 57-73.
5. Ross GW, Abbott RD, Petrovich H, Masaki KH, Murdaugh C, Trockman C, et al. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men: the Honolulu-Asia aging study. JAMA 1997; 277 (10): 800-5.
6. Wind AW, van Staveren G, Schellevis FG, Jonker C, van Eijk JTM. The validity of the judgement of general practitioners on dementia. In: Wind AW, ed. Diagnosing dementia in general practice. 1994; 43-56.
7. Freedman M, Leach L, Kaplan E, Winocur G, Shulman KI, Delis DC. Clock Drawing. A neuropsychological Analysis. New York: Oxford University Press, 1994; 1-182.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res, 1975; (12): 189-98.
9. Ben-Yehuda A, Bentur N, Friedman G. The clock drawing test as a cognitive screening tool for the elderly patients in an acute-care hospital. Aging Clin Exp Res 1995; 7: 165-172.
10. Wind AW, Schellevis FG, van Staveren G, Scholten RJPM, Jonker C, van Eijk JTM. The value of the Mini Mental State Examination in diagnosing dementia in general practice. In: Wind AW, ed. Diagnosing dementia in general practice. 1994; 91-104.
11. Jensterle J, Mlakar J, Pentek M, Vodušek DB. Kratek preiskus spoznavnih sposobnosti. V: Dementni bolnik in njegovi skrbniki ter uporaba testov pri odkrivanju dementnosti. Poljče: Gerontološko društvo Slovenije, 1996: 17-9.
12. Pentek M, Mlakar J, Jensterle J. Test risanja ure. V: Dementni bolnik in njegovi skrbniki ter uporaba testov pri odkrivanju dementnosti. Poljče: Gerontološko društvo Slovenije, 1996: 27-30.
13. Ripich DN, Wykle ML. Communicating with persons with Alzheimer disease. The focused program for caregivers. Case Western Reserve University, 1997; 1-13.
14. Wind AW, van Staveren G, Schellevis FG, Scholten RJPM, Jonker C, van Eijk JTM. The working methods of general practitioners in diagnosing dementia. In: Wind AW, ed. Diagnosing dementia in general practice. 1994; 75-89.