

kvensutredning och samordnas med utökade registerstudier för att utvärdera påverkan på kvaliteten och konsekvenserna av en sådan åtgärd.

Referenser

1. Hirshfeld JW, Ellis SG, Faxon DP. Recommendations for the assessment and maintenance of proficiency in coronary interventional procedures. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31: 722-43.
2. Anderson JL, Karagounis LA, Muhlestein JB. Explaining discrepant mortality results between primary percutaneous transluminal coronary angioplasty and thrombolysis for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1996; 78: 934-9.
3. Ladowski JS, Dillon TA, Deschner WP, Deriso AJ, Peterson AC, Schatzlein MH et al. Durability of emergency coronary artery bypass for complications of failed angioplasty. *Cardiovasc Surg* 1996; 4: 23-7.
4. Talley JD, Weintraub WS, Roubin SR, Douglas JS, Anderson HV, Jones EL et al. Failed elective percutaneous transluminal coronary angioplasty requiring coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1990; 82: 1203-13.
5. Tuzcu M, Simpfendorfer C, Doresti K, Franco I, Golding I, Hollman J et al. Long-term outcome of unsuccessful percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am Heart J* 1990; 119: 791.
6. Buffet P, Danchin N, Villemot JP, Amrein D, Ethevenot G, Juillière Y et al. Early and long-term outcome after emergency coronary artery bypass surgery after failed coronary angioplasty. *Circulation* 1991; 84: 254-9.
7. Meier B, Urban P, Dorsaz PA, Favre J. Surgical standby for coronary balloon angioplasty. *JAMA* 1992; 268: 741-5.
8. Iniguez A, Macaya C, Hernandez R, Alfonso F, Goicolea J, Casado J et al. Comparison of results of percutaneous transluminal coronary angioplasty with and without selective requirement of surgical standby. *Am J Cardiol* 1992; 69: 1161-5.
9. Saetre H, Ahlmark G, Ahlberg G, Lindé B, Sjögren I, Axelsson E et al. Thoraxkirurgiskt samarbete mellan sjukhusen. PTCA möjligt i länet med stöd från regionen. *Läkartidningen* 1997; 94: 4921-3.
10. Hannan EL, Racz M, Ryan TJ, McCallister BD, Johnson LW, Arani DT et al. Coronary angioplasty volume-outcome relationships for hospitals and cardiologists. *JAMA* 1997; 277: 892-8.
11. McGrath PD, Wennberg DE, Malenka DJ, Kelle MA, Ryan TJ, O'Meara JR et al. Operator volume and outcomes in 12,988 percutaneous coronary interventions. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31: 570-6.
12. Windecker S, Meyer BJ, Bonzel T, Fabian J, Heyndrickx G, Morice MC et al. Interventional cardiology in Europe 1994. *Eur Heart J* 1998; 19: 40-54.
13. Grassman ED, Johnson SA, Krone RJ. Predictors of success and major complications for primary percutaneous transluminal coronary angioplasty in acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 201-8.
14. Nollert G, Amend J, Dettler C, Reichart B. Coronary artery bypass grafting after failed coronary angioplasty: Risk factors and long-term results. *Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 43: 35-9.
15. Nollert G, Amend J, Reichart B. Use of the internal mammary artery as a graft in emergency coronary artery bypass grafting after failed PTCA. *Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 43: 142-7.

Bättre patientbedömning ger bättre sjukhemsvård

Nytt system lanseras för utveckling av äldrevården

»De allt fler äldre i världen har rätt att kräva att vården behöver utföras på ett professionellt, kostnadseffektivt sätt.» Detta är den överordnade målsättningen i det amerikanska systemet för utveckling av äldrevården som spritt sig till ett 15-tal länder och som troligen kommer att bli en viktig faktor även i vårt land.

En dämpad utvecklingstakt av vården på sjukhem verkar vara ett internationellt fenomen och har implikationer för både kvalitet och kostnader för dem som bor där. Även i Sverige är boende på sjukhem en eftersatt grupp när det gäller forskning och utveckling, jämfört med andra grupper i det svenska samhället. Detta trots att sjukhemmen uppvisar allt större vårdtyngd och vårdar allt fler med demensproblematik och somatiska sjukdomar. Omhändertagandet av sjukhemmens medicinska problem, personalens kompetens och organisationsformen för det medicinska arbetet påverkar också andra nivåer inom hälso- och sjukvården, både på sjukhus, i hemsjukvård och inom andra vårdformer.

Samhällets lagar om tillsyn och vårddokumentation, patienters rätt till högkvalitativ vård, anslagsgivarnas önskan om en rättvis fördelning av tillgängliga resurser osv ställer mångfasetterade krav på data om de boendes tillstånd.

Dagens vård och omsorg kräver därför en bred kunskap om de boende hos personalen som skall vårda. Kraven förstärks ytterligare av att två olika huvudmän delar på ansvaret med risk för diskussioner kring reella eller tänkta gränser.

Inte bara i Sverige har denna diskussion förts. I USA antogs t ex 1987 en lag med syftet att utveckla ett system för kvalitetsarbete för behandling, vård och omsorg för alla sjukhemsboende i USA (ca 1,7 miljoner personer). Det system som togs fram, Resident assessment instrument (RAI), var färdigutvecklat år 1990 [1] och är nu infört på alla amerikanska sjukhem, sedan 1996 i en andra

version [2]. Det har fått en snabb internationell spridning.

RAI-instrument verktyg för helhetsbedömning

Målet var att utveckla ett verktyg som ger nödvändiga upplysningar för en helhetsbedömning av den boende på sjukhem samt att knyta samman all denna information med hjälp av ett trigger-system som leder vidare till en fortsatt professionell vårdplanering. Med detta system ville man ersätta de många hemsnickrade verktyg man dittills hade använt sig av för olika syften. RAI-instrumentet nyttjas nu för skiftande ändamål i ett femtontal länder efter överläggning och genom copyright- och licensavtal med interRAI, den internationella forskarorganisation som ansvarar för att kvaliteten på instrumentet bibehålls och som också verkar för en omfattande internationell forsknings- och publiceringsaktivitet. Data från olika länder samlas i oidentifierad form i Ann Arbor, Michigan, USA, i en stor databas som på ett enkelt sätt möjliggör jämförelser mellan länderna [3]. En nordisk forskargrupp, nordRAI, är också etablerad [4]. Validitet och reliabilitet har visat goda resultat i internationell litteratur [5, 6], så även i Sverige.




RAI-instrumentet har använts i Sverige i flera studier sedan 1990, både på sjukhem, på klinikfärdiga, på geriatriska kliniker samt försöksvis inom hemsjukvård och på servicehus [7-11]. Flera projekt pågår för närvarande med stöd av eller i samverkan med bl a Spri, Socialstyrelsen, SBU, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och enskilda kommuner och landsting.

Praktiska och teoretiska användningsområden

Som en samlad ansats till att möta alla nya och gamla krav på kvalitet i vården för de boende, en individualiserad vård och dokumentation som uppfyller

Författare

GUNNAR LJUNGGREN
överläkare, RAI-enheten, Karolinska institutet, och Stockholms läns landsting, Stockholm.

C5	Talförmåga (aritmetik)	 <p>0 Tydligt tal - distinkta och begripliga ord 1 Otydligt tal - studliga och tvärlände ord 2 Ingen talförmåga - försvara av utlästa ord</p>
C6	Förmåga att förstå andra	 <p>(Förstår verbal information) 0 Förstår andra 1 Förstår varigen, men kan inte diskutera med medicinsk 2 Förstår ibland, svarar endast på en del av frågorna 3 Förstår sällan/ aldrig</p>
C7	Förändring i kommunikation/hörsel	 <p>Förändring jämfört med för 90 dagar sedan eller sedan den senaste bedömningen om mindre än 90 dagar 0 Ingen förändring 1 Förbättrad 2 Förvärrad</p>

Figur 1. Del av RAI-instrumentet, version 2, sektion C. Hörsel och kommunikation.

lagens krav och möjligheter till en mer rättvis resursfördelning efter behov, presenteras här RAI-instrumentet och dess olika användningsmöjligheter, såväl för politiskt och administrativt arbete som för hjälp till de direkta vårdgivarna.

RAI-instrumentet består av följande delar:

Minimum Data Set (MDS/RAI), som är ett bedömningsschema som fylls i med vägledning av en manual efter en omfattande bedömning av den boende, helst tillsammans med denne och eventuella närstående samt med övriga kolleger och medarbetare, inklusive sjukgymnast, arbetsterapeut och logoped.

Bedömningsschemat består i version 2, som nyligen översatts till svenska, av 20 sektioner med uppgifter om personens bakgrund, sociala förhållanden, syn och hörsel samt kommunikation, den fysiska och psykiska funktionsförmågan, psykosociala förhållanden, aktuella sjukdomar, läkemedelsförbrukning samt aktiviteter, behandlingar och speciella program m m. Ett utdrag ur denna version ges i Figur 1. En bedömning med RAI tar första gången lång tid att genomföra, men erfarenheten från nu rätt många ställen i Sverige visar att det i långa loppet är väl användbart som är till nytta för personalen i dess arbete (och därmed också för vårdtagaren), både direkt i vården och för andra viktiga aspekter som dokumentation, uppföljning, utvärdering och tillsyn av vården.

Beroende på hur man har bedömt en boende på sjukhem finns det ett antal variabler, triggers, som genom olika algoritmer pekar på (risk för) ett visst problem som bör beaktas. Här får personalen hjälp att ge en mer individualiserad vård genom ett antal protokoll eller checklistor, s k Resident Assessment

Protocols (RAPs). Tillsammans täcker de nuvarande 18 protokollen de viktigaste av de problemområden man kan finna på en sjukhemsavdelning.

Inbyggda skalor för olika syften

Inbyggda i RAI-instrumentet finns ett antal skalor för olika syften. Dessa är validerade mot andra, internationellt erkända instrument.

Resource utilization groups (RUG), på svenska uttrytt resursutnyttjande-grupper, är ett hälsoekonomiskt system för klassificering av t ex sjukhemsboende efter resursförbrukning, i första hand personaltid [12, 13]. De baseras på data ur RAI-bedömningen och föreligger nu i sin tredje version, RUG-III [14]. RUG baseras till övervägande del på patientkarakteristika men även på vilka rehabiliteringsåtgärder och specialbehandlingar som ges. RUG-systemet innehåller sju kliniska huvudgrup-

per som är hierarkiskt ordnade efter minskande resursförbrukning. Inom respektive huvudgrupp indelas de boende ytterligare på basen av bl a fysisk funktionsförmåga, antal speciella behandlingar, förekomst av tecken på depression samt träning, genomförd av vårdpersonalen.

Till var och en av de sammanlagt 44 RUG-grupperna har man i USA räknat ut en genomsnittlig vårdtyngd, »case-mix index» (cmi).

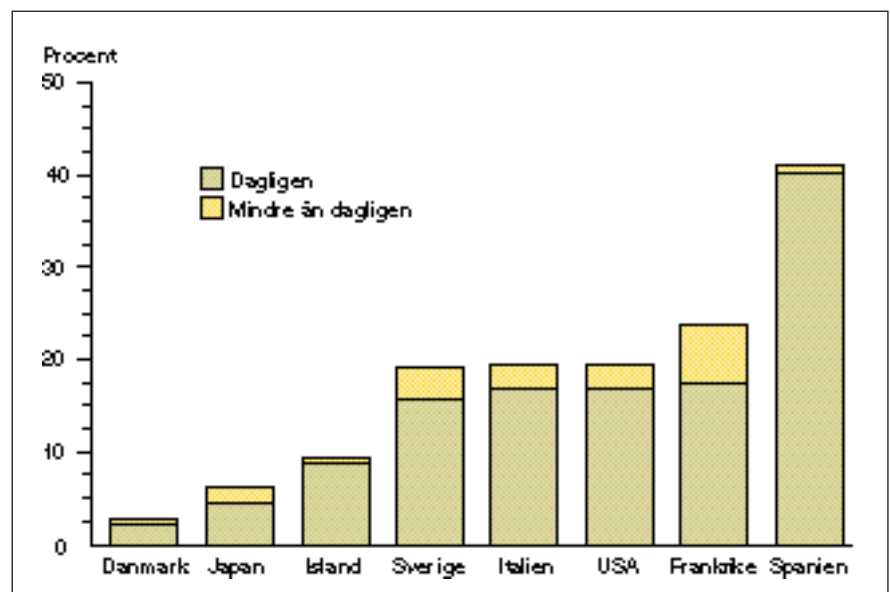
Motsvarande studier har gjorts i Sverige, såväl för ett tidigare system, RUG-II [15], som preliminärt för det nuvarande [16]. Dessa och motsvarande internationella studier visar att RUG-systemet i stort sett ger liknande resultat, oavsett i vilket land sjukhemmet ligger.

I Cognitive performance scale (CPS) har man kombinerat fem variabler i MDS/RAI till en sjugradig skala som går från kognitiv intakt till mycket svår kognitiv störning [17]. I algoritmen ingår hur personen har möjlighet att fatta beslut, att göra sig förstådd, grad av närminne samt ätförmåga. CPS-skalan har utvärderats mot bl a Folsteins MMSE (Mini-mental state) [18].

Andra skalor finns för bl a fysisk funktionsförmåga (ADL-skala) [14] och socialt engagemang (Social engagement scale, SOS) [19], andra är under utveckling, bl a en för de sjukhemsboendes tandvårdsbehov, ett arbete som pågår i Stockholm.

Dessutom pågår försök att på ett pålitligt sätt översätta RAI-data till mer kända skalor för t ex nutrition, där Mini nutrition assessment utgör basen, och för depression, där Hamiltons [20] och

Figur 2. Daglig och mindre än daglig användning av fysiskt funktionsinskränkande metoder på sjukhem i åtta länder [23].



Cornells [21] depressionsskalor visat sig väl korrelera mot data i RAI-instrumentet [22].

Lämpligt för internationella jämförelser

RAI-data kan med fördel användas för internationella jämförelser, med tanke på dess goda reliabilitet och validitet, baserat på många länders och yrkesgruppers uppfattning om viktiga data att samla in och bedöma för att kunna ge en god vård på sjukhem. Som ett exempel på internationella jämförelser visas i Figur 2, med RAI-data från ett urval sjukhem i åtta länder, hur stor andel av de boende som är i behov av metoder för fysisk rörelseinskränkning (dvs draglakan runt midjan, fastsatt bord i rullstolen, så man inte kan resa sig, osv. Dessa »tvångs»- eller skyddsåtgärder kräver formellt läkarordination i de flesta länder). Resultaten tyder här i sin enklaste tolkning, på att vårdkulturen är olika i olika länder och på att olika tekniker används på olika sätt. Detta kan i sig utgöra utgångspunkten för en diskussion över nationsgränserna om vad som är god sjukhems kvalitet [23].

Högkvalitativ vård kräver en bred kunskapsbas

För att kunna planera och ge en högkvalitativ vård och omsorg på sjukhem och motsvarande särskilda boenden, måste man ha en säker bas av medicinsk och annan information att utgå ifrån (vilket förstas gäller även inom andra vårdformer och vårdnivåer). Denna måste vara mångfasetterad och inbegripa såväl fysiska och psykiska som sociala och andliga förhållanden. Först sedan man som vårdpersonal skaffat sig en sådan bredd, kan man tillsammans med den äldre själv och närstående ta det fulla ansvaret för den äldres vård och omsorg, allt från omvårdnadsstatus, t ex från RAI, via utförande och utvärdering till dokumentationen med t ex VIPS-modellen som bas och med en förnyad RAI-bedömning som uppföljning och diskussioner om måluppfyllelse.

Många av de hittills använda bedömningsinstrumenten har varit hemmagjorda, sällan genomgripande, och de har ofta bedömts som lika oanvändbara i klinisk praxis som i forskning. De flesta är rent deskriptiva, vilket gjort att personalen ofta känt det som en tung plikt att fylla i dem. Inget av dessa system har något inbyggt triggersystem, som tvingar vårdgivarna att ta ställning, komplettera sin kunskap om den äldre personen eller utforma vården efter denna nya kunskap.

De i RAI ingående variablerna och skalorna är reliabla och ofta validerade

mot andra välkända instrument, de möjliggör analyser över tid, är lätta att administrera och kan lätt datoriseras. RAI-instrumentet ger dessutom personalen hjälp i vårdplaneringen och ger politiker och administratörer ett hjälpmedel att fördela resurser, följa upp kvaliteten och resultaten av den givna vården.

Inget av de hittills använda instrumenten såsom Katz' ADL-skala, MMSE m fl har denna breda ansats utan ger bara en ytlig kartläggning utan att hjälpa vårdprocessen vidare.

Testas för lansering under 1998

I Sverige är RAI-manualen, version 2,0, översatt till svenska, inklusive alla triggers och vårdprotokoll. Den ges ut av Spru under hösten 1998. Till datoriseringen har Socialstyrelsen bidragit med medel, och ett inmatnings/analysprogram för RAI 2,0, inklusive RAPsar och ett 20-tal procentuella fördelningar av enskilda variabler, testas för närvarande för en lansering under 1998.

Direkt koppling mellan bedömning och vårdhandling

RUG kan, liksom diagnosrelaterade grupper, DRG, inom akutsjukvården, användas till resursallokering inom äldreomsorg och omsorg. Med en RAI-bedömning får man automatiskt denna hälsoekonomiska sammanfattning av den boendes resursbehov på sjukhemmet. CPS-skalan ger en översikt över de boendes kognitiva förmåga, som i sin tur bl a kan identifiera utbildningsbehov hos personalen på sjukhemmet kring demensproblematik m m.

RAI används nu lagstadgat inte bara i USA utan även i Island samt i flera provinser i Japan, Kanada m fl. RAI har också i USA visat sig signifikant minska antalet sjukhusinläggningar, framför allt för boende med måttlig till svår demens [24].

Fördelarna med RAI är att man får en omedelbar koppling mellan bedömning och vårdhandling och också en bas för utbildning av vårdpersonalen och för kvalitetsutveckling. Det är också visat att en bättre bedömning av en patient ger bättre vård [25] och kan bli ett hjälpmedel för resursfördelning. Man får då också förbättrade möjligheter att sätta bemanning i relation till resursbehov hos de boende på en enhet jämfört med andra enheter. Genom RUG-beräkningar kan man slutligen låta resurser följa de boende, oavsett boendeform.

Förbättrar vårddokumentationen

En del invändningar finns mot RAI. Det tar tid att göra en RAI-bedömning,

framför allt de första gångerna, då det kan ta mellan 60 och 90 minuter. Det gör å andra sidan alla omfattande funktionsbedömningar och åtföljande vårdplanering, om de nuvarande direktiven från Socialstyrelsen skall följas. I ett pågående doktorandarbete har också visats att RAI verkligen förbättrar vårddokumentationen, vilket är syftet [26].

Genom den påbörjade datoriseringen kan, i takt med att allt fler sjukhem datoriseras, RAI införas som rutin till systemen för dokumentation och uppföljning och sammankopplas med administrativa data. Idag förekommer sällan någon samordning mellan dessa olika data, utan de samlas in allteftersom frågeställningarna kommer upp. Man borde eftersträva ett gemensamt språk inom hela den kommunala vård- och omsorgsorganisationen, så att data om de boende kan knytas ihop med behandling, service, personal och ekonomistatistik och framöver samordnas med landstingens hälso- och sjukvårdsinformation.

Socialstyrelsen skulle, genom att inlemma RAI i sin arsenal av förespråkade och testade instrument, kunna genomföra sin tillsyn på ett mer kostnadseffektivt och kvalitativt sätt, i stället för att som nu ibland tvingas göra kostsamma »tillslag» efter larmrapporter, som ofta leder till negativa reaktioner hos personal, boende och anhöriga.

System även för hemsjukvård

Inom interRAI har också utarbetats ett RAI-instrument för hemvård och hemsjukvård, RAI-HC [27]. Det har testats för reliabilitet i bl a USA, Kanada, Japan och Tjeckien med motsvarande goda resultat som för RAI för sjukhem. Ett pilotförsök görs i Sverige i år. RAI-HC delar en gemensam kärna av variabler med sjukhems-RAI, för att man skall kunna jämföra viktiga förhållanden för de boende, oavsett var de befinner sig.

Det kan också användas för en mer standardiserad biståndsbedömning och dokumentation av omvårdnadsbehov, något som hittills ingen i Sverige tagit tag i på ett metodiskt sätt, trots påvisade skillnader som nuvarande rutiner leder till. Med en koppling mellan läkemedelsdata och flera RAI-bedömningar på samma patient finns också möjlighet att belysa farmakologiska aspekter, biverkningar m m på en patientpopulation som annars inte så ofta ingår i studier. I USA finns redan en sådan databas med över 1 miljon patienter.

Motsvarande instrument för akutvården

InterRAI arbetar för närvarande också med motsvarande instrument för

akutvården för planering efter utskrivning, ett instrument för psykiatri samt ett för palliativ vård, alla med en gemensam kärna av variabler som skall möjliggöra jämförelser mellan olika vårdformer och vårdnivåer. Genom dessa instrument kan man få en god kontinuitet i den information om en patient som förs mellan olika vårdgivare, ett av många efterfrågat önskemål för en bättre vårdkedja.

Pålitligt instrument för morgondagens äldrevård

Sett i ljuset av den snabba och breda spridningen av RAI-instrumentet över världen, liksom av den vetenskapliga produktionen kring det, förefaller RAI vara ett pålitligt instrument för att utveckla äldrevården, vare sig det gäller sjukhem, ålderdomshem, hemsjukvård eller geriatriska kliniker eller för olika patientgrupper. Detta kan sammanfattas i interRAIs överordnade målsättning: »De allt fler äldre i världen har rätt att kräva att vården de behöver utförs på ett professionellt, kostnadseffektivt sätt.» RAI kan bli en viktig faktor i detta även i vårt land.

RAI engagerar alla personalkategorier i bedömningen och säkrar att åtminstone de viktigaste och vanligaste vårdproblemen identifieras och hanteras professionellt. Även den boende och närstående får en roll i bedömningen och därmed mer inflytande på den egna vården.

De data som samlas in kan användas vid vårdokumentation och vårdplanering, för bemanning, bedömning av utbildningsbehov, kvalitetsutveckling och resursallokering.

I Sverige är därför ett nätverk av utvecklingsintresserade sjukhem också under uppbyggnad liksom en gemensam kraftsamling kring forsknings- och utvecklingsverksamhet inom kommunal och landstingskommunal äldrevård.

Referenser

- Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips C, Mor V, Katz S. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist* 1990; 39: 293-307.
- Morris JN, Nonemaker S, Murphy K, Hawes C, Fries BE, Mor V et al. A commitment to change: Revision of HCFA's RAI. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1011-6.
- Fries BE, Schroll M, Hawes C, Gilgen R, Jónsson PV, Park P. Cross-national comparisons of nursing home residents. *Age Ageing* 1997; 26 suppl 2: 13-8.
- Hawes C, Morris JN, Phillips C, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist* 1995; 35: 172-8.
- Sgadari A, DuPasquier JN, Morris J, Jonsson P, Mor V, Ljunggren G et al. Establishing the cross-national reliability of

the MDS/RAI. *Age Ageing* 1997; 26 suppl 2: 27-30.

- Hansebo G, Ljunggren G. RAI (the Resident assessment instrument). Ett bedömningsinstrument som underlag för kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling inom geriatrik och äldreomsorg. En första utvärdering. RAI-enhetens rapportserie nr 4. Stockholm: RAI-enheten, 1994.
- Kumlien S, Ljunggren G. Kvalitetsutveckling inom geriatrik och äldreomsorg. En översikt över kvalitetsmetoder med exempel från The Resident Assessment Instrument, RAI. Stockholm: Spri, 1994.
- Ljunggren G. Vårdkvalitet på sjukhem i Stockholm 1995-96, en kartläggning med RAI-instrumentet. RAI-enhetens rapportserie nr 7. Stockholm: RAI-enheten, 1996.
- Cooney LM Jr, Fries BE. Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *Med Care* 1985; 23: 123-32.
- Fries BE, Cooney LM Jr. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Med Care* 1985; 23: 110-22.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care* 1994; 32(7): 668-85.
- Ljunggren G. Resource utilization in geriatric care. Studies of case-mix length of stay, and outcome [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1992.
- Carpenter GI, Ikegami N, Ljunggren G, Fries BE. RUG-III and resource allocation. *Age Ageing* 1997; 26 suppl 2: 61-6.
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Haes C, Phillips C, Mor V et al. MDS cognitive performance scale. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1994; 49: M174-182.
- Mor V, Branco K, Fleishman J, Hawes C, Phillips C, Morris JN et al. The structure of social engagement among nursing home residents. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995; 50B: P1-8.
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraints use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997; 26 suppl 2: 43-8.
- Mor V, Intrator O, Fries BE, Phillips C, Teno J, Hiris J et al. Changes in hospitalization associated with introducing the RAI. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1002-10.
- Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Steele-Friedlob E et al. The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: Effects on process quality. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 977-85.
- Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G, Winblad B. Staff view on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care. *J Adv Nurs* 1998; 28: 642-53.
- Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1017-24.



MEDICINENS SPRÅK

Särtryck ur Läkartidningen 1990-93

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvud taget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Pris 48 kr. Vid 11-50 ex 43 kr, vid högre upplagor 40 kr/ex.

Beställ här

..... ex Medicinens språk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet "Medicinens språk".

Beställning per fax:
08-20 76 19