

# Rutinnervstatus ett sätt att standardisera undersökningsfloran

För drygt tio år sedan lanserade tre svenska neurologer Rutinnervstatus, ett standardiserat sätt att genomföra en neurologisk undersökning. Nu kommer en uppdaterad version, fritt tillgänglig via nätet – Rutinnervstatus 2.0.

**Undersökningar av** neurologisk status har gjorts på sjukhus och vårdcentraler i Sverige i decennier. Men exakt vad som gjordes kunde skilja sig påtagligt mellan olika platser och tillfällen.

– När jag för många år sedan började arbeta på neurologisk klinik fick vi några A4-papper som sa vilka undersökningar man skulle göra. Sådana schabloner fanns på alla sjukhus, men de såg inte likadana ut. I Umeå skulle man till exempel fråga hur det var med älgjakten. Det ingick ju inte i vår schablon i Skåne. Men även vad gäller de neurologiska undersökningarna så varierade det, säger Arne Lindgren, överläkare och professor i neurologi vid Lunds universitet.

Inte bara saknades det en standard – det saknades ett bevisat värde för många av de undersökningar som gjordes.

Tillsammans med Jan Malm, överläkare och professor i klinisk neurovetenskap vid Umeå universitet, och Lars Johan Liedholm, överläkare vid Neuro-

centrum på Norrlands universitetssjukhus, beslöt Arne Lindgren att sammanställa en instruktion med de undersökningar som det fanns vetenskapliga belägg för.

– Många av undersökningarna hade funnits med under lång tid och nästan alla gav någon form av utslag. Men vad hade de för värde? Vad betydde det om man såg reflexen eller inte? Det hade inte ifrågasatts tidigare. Den trista sanningen är att många vetenskapliga artiklar har slagit fast samma sak: Med tanke på hur mycket tid vi lägger ner på att lära ut speciella undersökningar och genomföra dem på patienterna, så är det förvånande hur lite av detta som är evidensbaserat, säger Lars Johan Liedholm.

#### **LAGOM MÅNGA TESTER, MED BEVISAT VÄRDE**

De tre neurologerna dammsög den vetenskapliga litteraturen efter artiklar som kunde visa verklig evidens och relevans

för neurologiska tester och hur de bäst utfördes. De testerna kompletterades med en del moment som använts av neurologer under lång tid och av erfarenhet visat sig ha ett värde, även om ingen hade undersökt saken vetenskapligt.

Resultatet blev en sammanställning som döptes till Rutinnervstatus. De tre upphovsmännen gjorde en instruktionsfilm i DVD-form som kunde användas för undervisning, och en lathund som läkare kunde ha som minnesstöd när de arbetade på kliniken.

De olika momenten lades i en ordning som gjorde den kliniska undersökningen smidig. Först samtal, sedan alla undersökningar som skulle göras med patienten stående, sittande och till sist liggande.

– I dagens situation är det viktigt att vi är snabba och då behöver vi fokusera på att undersöka sådant som ger något, säger Lars Johan Liedholm.



En del tester som de tre neurologerna sållat bort kan ha ett värde i särskilda situationer, och behöva läggas till. Lars Johan Liedholm konstaterar att man skulle kunna tycka att det motiverar ett mer omfattande standardtest, men det finns undersökningar som tyder på att mer omfattande upplägg inte nödvändigtvis ger bättre resultat.

2005 publicerades en artikel av neurologen Thomas Glick vid Harvard Medical School där han redogjorde för hur han kontrollerat 120 patienter som redan undersökts av läkare. Det visade sig att hos 77 procent av de patienter som uppvisade Babinskis tecken hade detta missats, eller så hade patienten över huvud taget inte testats för det.

– Glick tolkade sitt resultat så att läkarna helt enkelt varit så upptagna av att komma ihåg att göra alla tester av mindre värde, så att de missade tester som hade stort värde. Babinskis tecken är ju något av ett flaggskepp inom neurologin, säger Lars Johan Liedholm.

#### TILLRÄCKLIGT FÖR NÄSTAN ALL NEUROLOGISK DIAGNOSTIK

Rutinnervstatus lanserades 2006, spreds till alla läkarutbildningar och dessutom via föredrag och visningar på Läkarstämman. Mer än 10 000 DVD-filmer har distribuerats. Nu var det dags för en uppdatering, till Rutinnervstatus 2.0.

Främst handlade det om teknikaliteter, som att det var mer praktiskt att ha filmen i webbaserad form, och att läkaren i den gamla filmen inte var klädd på ett sätt som stämmer med dagens hygienregler. Men några småsaker i innehållet har också justerats. Bland annat har brachioradialisreflexen och svalgreflexen tagits bort, och hörseltestet har ändrats lite.

– På det hela taget tror jag neurologer är ganska ense om att de viktigaste testerna ingår. Vid 98–99 procent av neurologisk diagnostik räcker de här momenten. Det viktiga är att det finns en rutin, en standard som gäller på alla ställen, och då måste ju någon bestämma vilken den rutinen är. Det är väl det vi har börjat göra helt enkelt, säger Jan Malm.

Nu planerar de tre neurologerna att sprida webbfilmen brett. Främst till lä-

karutbildningarna, men också till exempelvis primärvårdsläkare som vill ha stöd i hur de ska undersöka patienterna, och till läkare som kommit från andra länder och behöver kunskap om svenska förhållanden och standarder.

I filmen finns instruktioner som hur man ska redovisa undersökningarna i journalen, och tydligt ange att man följt Rutinnervstatus. På så vis står det genast klart för kollegor, eller för specialister som patienten remitteras till, vilka undersökningar som gjorts.



LISA KIRSEBOM  
Frilansjournalist

Webbfilmen Rutinnervstatus 2.0 kan ses genom denna länk (ange lösenord "sefilmennu"):  
<https://vimeo.com/222338506>

Filmen får inte kopieras och är endast avsedd för undervisning i neurologisk undersökningsteknik.





**LATHUND  
RUTIN-NERVSTATUS 2.0**

© Copyright: Arne Lindgren, Lars Johan Liedholm, Jan Malm.

**UNDER SAMTALET**

*Högre cerebrala funktioner:*

1. Påverkan på talet (afasi, dysartri)
2. Vb enkel screening avseende orientering, minne, uppmärksamhetsstörning (neglekt), spatial funktion

*Observera:*

3. Ofrivilliga rörelser
4. Ansiktsmimik
5. Avklädnad (motorik)

**PATIENTEN STÅENDE**

1. Gångmönster
2. Tä- och hälgång
3. Rombergs prov
4. Finger-näs test
5. Nigsittning och uppresning

**PATIENTEN SITTANDE**

1. Ögonbottnar (n. II)
2. Synfält (n. II)
3. Ögonrörelser (nn. III, IV, VI)
4. Nystagmus
5. Ptos
6. Pupillstorlek och ljusreaktion
7. Ansiktsmotorik (n. VII)
8. Hörsel (n. VIII)
9. Svalgmotorik (nn. IX, X)
10. Tungmotorik (n. XII)
11. Diadokokinesi
12. Fingerspel
13. Armar framåt sträck
14. Muskelkraft i armar (fingerspretning och axelabduktion)
15. Reflexer i armar och ben



**PATIENTEN LIGGANDE**

1. Sensibilitet för smärta och vibration
2. "Omvänd" Barré
3. Tonus i hand-, armbågs- och knäleder
4. Häl-knä test
5. Babinskis tecken

I filmen undersöks patienten Sigvar Kjellberg av Petrea Frid, neurolog vid Skånes universitetssjukhus. Bilder: STUDIO KORSHOLM

## RUTIN-NERVSTATUS 2.0 JOURNALSAMMANSTÄLLNING

### Högre cerebrala funktioner

Påverkan av talet (afasi, dysartri)  
Orientering, minne, uppmärksamhetsstörning  
(neglekt), spatial funktion

### Kranialnerver

Ögonbottnar (n. II)  
Synfält (n. II)  
Ögonrörelser (nn. III, IV, VI)  
Nystagmus  
Ptos  
Pupillstorlek och ljusreaktion  
Ansiktsmotorik (n. VII)  
Hörsel (n. VIII)  
Svalgmotorik (nn. IX, X)  
Tungmotorik (n. XII)

### Muskulatur och grov kraft

Muskelkraft i armar proximalt och distalt  
(axelabduktion och fingerspretning)  
Armar framåt sträck  
Muskelkraft i ben proximalt och distalt  
(nigsittning och tå/hälgång)  
"Omvänd" Barré

### Motorik och koordination

Ansiktsmimik  
Ofrivilliga rörelser  
Avklädning (motorik)  
Gångmönster  
Diadokokinesi  
Fingerspel  
Finger-näs test  
Häl-knä test  
Rombergs prov  
Tonus i hand-, armbågs- och knäleder

### Reflexer

Muskelsträckreflexer i armar och ben  
Babinskis tecken

### Sensibilitet

Sensibilitet för smärta och vibration

# Informationsmaterial inom MS för dig och dina patienter



Ladda ner eller beställ material snabbt och enkelt på [www.biogenpro.se](http://www.biogenpro.se)