

# Retningslinjer for henvisning til spesialist



Manuellterapeutenes  
Servicekontor

# Retningslinjer for henvisning til spesialist, 2007



Manuellterapeutenes  
Servicekontor

## Innhold

Innhold.....	1
Formålet med retningslinjene .....	2
Formålet med retningslinjene for henvisning til spesialist .....	4
Når skal pasienten henvises videre? .....	6
Hvilke spesialister skal manuellterapeuten henviser til? .....	6
Absolutte kriterier for videre henvisning .....	6
Når skal manuellterapeuten henviser og når skal legen henviser? .....	6
Når bør manuellterapeuten henviser? .....	7
Når bør manuellterapeuten henviser pasienten tilbake til fastlegen? .....	7
Henvisning til revmatolog .....	8
Generelt .....	8
Mal for henvisning .....	8
Gruppe 1: Inflammatoriske revmatiske sykdommer.....	10
Gruppe 2: Degenerative rygg- og leddsykdommer og osteoporose .....	11
Gruppe 3: Bløtdelsrevmatisme .....	11
Følgende tilstander bør henvises tilbake til fastlege.....	11
Henvisning til nevrolog .....	11
Mal for henvisning .....	12
1. Cervicobrachialgi .....	13
2. Lumbago-isjialgi.....	14
3. Hodepine.....	15
4. Perifere lesjoner.....	15
5. Anfall med svimmelhet .....	16
Henvisning til ortoped .....	16
Mal for henvisning .....	17
Henvisning til ortopedisk avdeling for spinal-kirurgisk vurdering.....	17
Nakkidelser .....	18
Skulder .....	19
Albue .....	19
Hofte .....	19
Kne .....	19
Legg .....	20
Henvisning til spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering .....	20
Mal for henvisning .....	20
Henvisning for øyeblikkelig hjelp .....	22
Noen relevante diagnoser som krever akutt innleggelse.....	22
Henvisning til spesialist i øre-nese-halssykdommer .....	23
Vertigo:.....	23
Henvisning til psykolog/psykiater .....	23
Avslutning .....	24

## Formålet med retningslinjene

I forbindelse med oppstart av Henvisningsprosjektet (forsøksordning for kiropraktorer og manuellterapeuter, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 6. juli 2001 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 25-13 tredje ledd) i september 2001, ble det bestemt at det skulle utvikles 7 forskjellige retningslinjer (veiledere), som ville få betydning for manuellterapeuter i prosjektperioden.

Manuellterapeutene i de 3 prøvefylkene ble delt inn i 7 grupper med ansvar for hver sin retningslinje. Etter å ha mottatt forslagene, bestemte styret i faggruppen at utkastene måtte bearbejdes noe og 3 kollegaer fikk i oppdrag å fullføre prosjektet.

Det ble søkt midler fra Fondet til videre- og etterutdanning til gjennomføring. I søknaden heter det bl.a. at manuellterapeutene har behov for retningslinjer som ivaretar de utfordringene de får som primærkontakter. Videre heter det at formålet er å bedre kompetansen til fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi og at arbeidet kan få betydning for andre fysioterapeuter i primærkontaktrollen. Retningslinjene skal kunne formidles videre til andre brukere gjennom kurs/kongresser, fagtidsskrift og websider.

NFF har tidligere utarbeidet en del standarder innenfor ulike områder av fysioterapien. Standardene er for tiden til revidering og er derfor ikke i særlig grad blitt benyttet som bakgrunnsstoff i dette arbeidet.

En god veileder bør kunne bidra til å gi pasienten bedre behandling, redusere risikoen for feilbehandling og bedre effektiviteten i behandlingsskjeden. I forhold til kliniske retningslinjer er disse ofte blitt betegnet som; systematisk utviklete råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge passende/hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling.

Retningslinjer er et av mange virkemidler i arbeidet med å kvalitetssikre manuellterapeutens helsetjenester. En forutsetning er at de følges opp av den enkelte og at de oppdateres etter behov, for på den måten å være et effektivt hjelpemiddel i det kontinuerlige forbedringsarbeidet innen manuellterapi.

Statens helsetilsyn har utarbeidet følgende forord til sine veiledere. Den rettslige stilling vil være den samme også for en veileder fra et annet fagmiljø:

*«Innholdet i Helsetilsynets faglige veiledere er i utgangspunktet ikke direkte rettslig bindende for mottakerne. Veilederne kan inneholde referanser til bestemmelser og beslutninger som er gitt med bindende virkning. Utover det er imidlertid innholdet i prinsippet å anse som anbefalinger og råd. På områder hvor statens helsetilsyn i lov eller forskrift er gitt myndighet til å gi bindende påbud til helsetjenesten, gis disse i form av enkeltvedtak eller forskrift. Dette betyr ikke at de anbefalinger og råd som gis i faglige veiledere er uten enhver rettslig betydning. Statens helsetilsyn beskriver i sine faglige veiledere ofte en praksis eller fremgangsmåte som må anses å gjenspeile allment aksepterte faglige normer. Helsetilsynet gir på denne måten signaler om hvor listen for forsvarlighet eller helselovgivning ligger. Den som velger løsninger som i vesentlig grad*

*avviker fra veiledernes anbefalinger, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Det er flere eksempler som viser at domstolene i vurderingen av aktsomheten eller forsvarligheten av en handling har lagt vesentlig vekt på de normer for forsvarlig virksomhet som har kommet til uttrykk i veiledninger fra tilsynsmyndighet.»*

Retningslinjene er blitt nokså forskjellige fordi de dekker svært ulike områder. I noen forskrifter er det mye litteratur å støtte seg til, mens andre hovedsakelig baserer seg på empiri, beskrevet i forskriftene.

*Kilde: Statens Helsetilsyn; Retningslinjer for retningslinjer. IK 2653 første versjon, nov.1998.*

Første versjon av disse retningslinjene ble utarbeidet i 2003 i forbindelse med Henvisningsprosjektet. Det er senere foretatt språklige rettelser og endringer vedr. manuellterapeutenes taushetsplikt.

*Manuellterapeutenes Servicekontor, 2007.*

## Formålet med retningslinjene for henvisning til spesialist

Retningslinjene skal sikre tilfredsstillende kvalitet på manuellterapeutens henvisninger og henvisningsrutiner til sykehus og/eller organspesialist. Dermed sikres pasienten best mulig kommunikasjon mellom manuellterapeuten, fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Henvisninger som mangler nødvendige opplysninger, er dårlig begrunnet eller på annen måte ikke følger god henvisningsprosedyre, vil bli returnert eller lavt prioritert. En henvisningsstandard er ment å sikre pasienten korrekt prioritering og raskest mulig oppfølging. Førstelinjetjenesten og spesialistene har ulik arbeidsform og den kliniske beslutningsprosessen er svært forskjellig. Dette er det viktig å være klar over for å unngå misforståelser og konflikter. Det er viktig å identifisere «friske» pasienter og screene ut de pasienter som skal henvises til spesialist.

Manuellterapeuten kan ha vansker med å være konklusiv i sin kliniske diagnostikk. Det skal være en ansvarlig terskel før en henviser til spesialist. I mange tilfeller kan en avventende holdning være riktig, mens det andre ganger vil det være helt nødvendig å identifisere alvorlig patologi og truende sykdommer som krever rask innleggelse.

Legespesialisten vil ha som oppgave raskt å avklare om pasienten har sykdom i aktuelle organsystemer.

### **Hva er gjort på området?**

Ved søk på legeforeningens internettsider er det ikke funnet informasjon om henvisningsrutiner. Legeföreningen har utgitt et hefte om henvisninger og henvisningsrutiner som er ment som veiledning ved kollegabasert læring. Primær- og spesialisthelsetjenesten har i noen fylker utarbeidet retningslinjer for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehusene i regionene.

I Telemark og i Salten er det utarbeidet oppslagsverk for henvisning mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Arbeidene er et resultat av konsensus mellom allmennleger og sykehusspesialister i områdene.

### **Hvilke instanser er kontaktet for informasjon?**

Det er begrenset tilgang på litteratur på området og det ikke har vært utført tilfredsstillende arbeid tidligere. Forfatter har derfor benyttet notater fra foredrag med spesialister i forbindelse med skoloring av manuellterapeuter og kiropraktorer til henvisningsprosjektet. Det har også vært telefonisk kontakt med lokal, sentral og regionssykehus, samt legespesialister innen de relevante fagspesialiteter. Regionssykehuset i Tromsø og sentralsykehuset i Nordland har utarbeidet skriv for å kvalitetssikre henvisning til spesialistavdelinger. Disse skriv er benyttet som grunnlagsmaterieil.

### **Oppbygging av retningslinjen**

Retningslinjen inneholder først et kapittel som omhandler generelle prinsipper for henvisning til spesialist og grenseoppgang mellom fastlegen og manuellterapeuten.

Videre er det et kapittel for hver av de spesialister manuellterapeuten naturlig vil ha et samarbeid med og henviser til, samt et kapittel som omhandler øyeblikkelig hjelp til sykehus. Primærlege benevnes herfra som 'fastlege'.

Følgende spesialiteter er beskrevet nærmere:

1. Revmatolog
2. Ortoped

3. Nevrolog
4. Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering
5. Psykolog/psykiater
6. Spesialist i øre-nese-halssykdommer

I tillegg kommer henvisning til øyeblikkelig hjelp ved sykehuset. Andre spesialiteter som for eksempel gynekologi og indremedisin er også vurdert, men valgt ikke å ta med.

Det er i tillegg utarbeidet en kortversjon som er ment som en lett tilgjengelig sjekklister ved henvisning.

### **Hvordan bruke retningslinjen?**

Veiledningen beskriver samhandling mellom manuellterapeuter, legespesialister og sykehus. Ønsker man eksempelvis å henvise til ortoped, slår en opp på ortoped. Der vil de nødvendige opplysninger om diagnoser og mal for henvisning være tilgjengelig.

### **Ulike roller i første- og annenlinjetjenesten**

Skjema som belyser forskjell mellom førstelinjetjeneste og spesialist, der allmennlege i originalskjema er byttet ut med manuellterapeut:

	<b>Manuellterapeut</b>	<b>Spesialist</b>
<i>Antall helseproblem</i>	Som regel flere	Som regel en
<i>Naturlig forløp</i>	Tidlig i forløpet	Sent i forløpet
<i>Diagnostiske metoder</i>	Klinisk	Mer avansert, sikre metoder
<i>Prevalens av sykdom</i>	Høy	Lav
<i>Diagnostisk usikkerhet</i>	Stor	Mindre
<i>Diagnoseklassifikasjoner</i>	ICPC, vekt på symptomer	ICD-10, vekt på presise diagnoser
<i>Kontinuitet</i>	Ofte stor	Liten
<i>Forhåndskjennskap</i>	Ofte stor	Liten
<i>Terapeutens fokus</i>	Pasientorientert	Organorientert
<i>Klinisk undersøkelse</i>	Lokal og generell	Systematisk innenfor spesialområdet
<i>Behandling</i>	Velprøvd, bekrefter diagnosen	Mer avansert, basert på sikker diagnostikk
<i>Kostnader</i>	Lave	Høye

Et enkelt symptom eller en annen kontaktårsak kan være det første tegn på en sjelden eller alvorlig sykdom. Manuellterapeuten, som er spesialist på muskel- og skjelettsystemet, vil lete etter årsaker her, men samtidig se muligheten for annen patologi. Legespesialisten har lang erfaring på å kjenne igjen tilstander innenfor sitt fagområde nettopp på grunn av større erfaring med sjeldne tilstander.

## Når skal pasienten henvises videre?

### Generelt

Henvisningen skal være velbegrunnet og bygge på faglige kriterier og ikke være resultat av pasientens ønske om å bli sendt til spesialist.

En henviser for å få:

- Bekreftelse på en sterk antagelse eller viten.
- Supplere egen undersøkelse for å komme fram til diagnostisk sikkerhet.

## Hvilke spesialister skal manuellterapeuten henviser til?

Spesialister som det vil være naturlig å samarbeide med:

Revmatologer, ortopeder, nevrologer, spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Andre spesialiteter ligger mer i en gråsoner, men kan like fullt være aktuelle. Øre- nese- halsspesialist (svimmelhet), øyelege (hodepine), gynekolog (bekkenrelaterte smerter), psykolog (vedvarende angst, depresjon og sorgreaksjoner). Indremedisiner (skulder-brystsmerter, stoffskifte og magesymptomer.)

Der det er naturlig samarbeider manuellterapeuten med fastlegen.

## Absolutte kriterier for videre henvisning

- Alvorlig kliniske tilstander. Røde flagg.
- Når det kliniske bildet og symptomene divergerer mye.
- Når behandling ikke fører til forventede resultater i et normalt tidsperspektiv. Forverring av tilstanden med økende subjektive plager og objektive funn.
- Når man har en begrunnet mistanke om alvorlige årsaker som er symptomgivende i det nevro-muskulære system og som man ikke kan avsløre ved manuellterapeutisk undersøkelse.
- Når det er mistanke om alvorlige lidelser innenfor organspesialistens fagområde.

## Referanser

- a. Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- b. Hunskaar, S. (red) Allmenmedisin, Klinisk arbeid: Notam Gyldendal 1997.
- c. Juel N. G (red) Norsk fysikalsk medisin: Fagbokforlaget 1999.
- d. Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.
- e. Prosapermen (prosedyreperm for Salten som er en konsensusrapport som beskriver retningslinjer for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordland Sentralsykehus) 1997.
- f. Prosedyreperm for samhandling mellom leger i første- og annenlinjetjenesten i Telemark. (GRUK) Revidert 2001.

## Når skal manuellterapeuten henviser og når skal legen henviser?

Dette avhenger av hvilken samarbeidsform en har med fastlegen. Generelt kan en si at der spesialisten trenger opplysninger om resultat fra laboratorie-prøver og medisinbruk, er det naturlig at henvisning enten skjer fra fastlegen eller i samarbeid med denne.

## Når bør manuellterapeuten henvise?

- Ved behov for akutt innleggelse.
- Når manuellterapeuten mener at direkte formidling til spesialist er effektiv og faglig forsvarlig, henviser han pasienten direkte til spesialist.
- Hvis manuellterapeuten ønsker å få supplerende undersøkelser, så henviser han direkte til spesialist.
- Hvis pasienten kommer fra fastlegen og trenger videre utredning, er det naturlig at manuellterapeuten henviser direkte til spesialist. Hvis manuellterapeuten trenger videre utredning for å komme frem til, eller komplettere sin diagnose, er det naturlig at manuellterapeuten henviser videre. Ofte er det ønskelig at fastlegen og manuellterapeuten samarbeider om videre oppfølging.

## Når bør manuellterapeuten henvise pasienten tilbake til fastlegen?

En bør henvise pasienten til fastlege når det gjelder:

- Medisinering som er reseptbelagt.
- Ønske om å ta blodprøver.
- Ved mistanke om bakteriell infeksjon.
- Lidelser som faller utenfor manuellterapeutens fagområde.

## Referanser

Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.

Foredrag fra diverse spesialister fra NNS, Bodø 2001.

Hunskår S. (red) Allmenmedisin, Klinisk arbeid: Notam Gyldendal 1997.

Juel N. G (red) Norsk fysikalsk medisin: Fagbokforlaget 1999.

Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.

Prosapermen (prosedyreperm for Salten som er en konsensusrapport som beskriver retningslinjer for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordland Sentralsykehus) (NNS) 1997.

Prosedyreperm for samhandling mellom leger i første- og annenlinjetjenesten i Telemark. (GRUK) revidert 2001.



## Henvisning til revmatolog

Ved mistanke om revmatoid artritt og andre inflammatoriske leddsykdommer skal det henvises til revmatolog for vurdering og behandlingsoppstart.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert følgende tilstander å høre inn under spesialiteten revmatologi:

Gruppe 1: Inflammatoriske revmatiske sykdommer.

Gruppe 2: Degenerative rygg- og leddsykdommer og osteoporose.

Gruppe 3: Bløtdelsrevmatisme.

Gruppe 4: Pasienter som har revmatologiske symptomer sekundært til indremedisinske tilstander. ( Ikke beskrevet her.)

### Generelt

- Bruk A4 ark, helst Rikstrygdeverkets blankett.
- Bruk maskinskrift.
- Ikke send en generell utskrift av hele journalen som henvisning.
- Oppgi perioder som åpenbart er upassende for undersøkelse og evt. innleggelse.
- Henvisningen må være problemrettet.

### Mal for henvisning

*Korte, men samtidig utfyllende opplysninger*

- Personalia med pasientens sosiale situasjon, adresse, telefonnummer arbeid og privat.
- Overskrift med aktuell problemstilling/manuellterapeutens diagnose. Jeg henviser pasienten for..... (vurdering, innleggelse, operasjon, etc.).
- Tidligere sykdommer: telegramstil med relevante opplysninger (eksempel: Hypertensjon 87, medikamentell behandling. Spinal stenose, 99, operert 2001 med laminectomi L4-S1, hjerte, lungefrisk).
- Annen sykdom enn den manuellterapeuten henviser for?
- Medikamenter: fast medikasjon skal opplyses (vær oppmerksom på CAVE).

Aktuelt fra anamnesen:

- Familiær disposisjon for sykdom.
- Affiserte ledd. Leddstatus, med opplysning om hevelse, rødme, blekhet og temperatur.
- Symptomvarighet evt. fluktuasjon.
- Senefestesmerter, muskelsmerter.
- Raynaudfenomen.
- Siccafenomener (øyne, munn, skjede).
- Øyeaffeksjon, spesielt iridocyklitter.
- Feber.

- Sykdommer i tarm, urinveien eller genitalia, hals eller øyne.
- Flåttbitt.
- Hodepine (spes. temporalisregionen).
- Effekt av tidligere behandling.
- Symptomer.
  - Morgenstivhet over en time.
  - Døgnvariasjon.
  - Bedre eller dårligere ved bevegelse.
  - Nattesmerter, må pasienten opp å gå om natten?
  - Effekt av NSAID?
  - Kliniske funn: kortfattet, målbevisst. Få tydelig frem det som støtter diagnosen, men også de usikre vurderingene. Dette er ofte svært viktig for endelig diagnose og behandling.
  - Relevante laboratorieprøver bør innhentes.
- Funksjonsnivå (før og nå). Kan utredning/behandling skje poliklinisk, eller må pasienten innlegges?
- Hva har pasienten forsøkt av behandling og med hvilket resultat?
- Vurdering: trekk frem det viktigste under 'aktuelt' og støtt det på egne funn under undersøkelsen. Sammenhold med evt. bildediagnostikk eller annen objektiv informasjon. La dette lede til en logisk konklusjon som blir henvisningsgrunn (vurdering, operasjon, el.).

#### **Supplerende undersøkelser før henvisning**

- Relevante blodprøver spesielt ved mistanke om: inflammatorisk revmatisk sykdom, malignitet, stoffskiftesykdom.
- Prøvesvar/lab/rtg./utredning hittil: send kun unntaksvis henvisning før svar på innsendte prøver foreligger. Opplysninger om at prøvesvar vil bli ettersendt, skaper et unødvendig problem med prioritering av henvisningene.
- Hvis det refereres til røntgenbilder: oppgi når og hvor bildene er tatt, og legg ved kopi av beskrivelsen.
- Avslutt med: pasienten kan tilskrives om time på ovennevnte adresse. På forhånd takk.

#### ***Generelle retningslinjer for oppfølging av pasienter med revmatisk inflammatorisk sykdom***

Alle pasienter som har en revmatisk inflammatorisk sykdom og/eller som bruker spesifikk antirevmatisk behandling (DMARD: gull, cytostatica, Salazopyrin, antimalariamidler, cyklosporin A), skal følges opp av revmatolog.

Pasienter som bruker spesifikk antirevmatisk behandling må følges opp med blodprøver/urinprøvekontroll etter kontrollskjema. Det er fastlegen som er ansvarlig for å vurdere blodprøver/urinprøvesvar og aksjoner hvis disse avviker fra det normale.

Pasienter med revmatisk inflammatorisk sykdom bør følges med tanke på progresjon av sykdomsaktivitet, vedvarende artritter og/eller forhøyede inflammasjonsparametere.

#### **Klinisk undersøkelse**

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres.

### **Supplerende undersøkelse**

- Rtg. av aktuelle ledd der tilstanden har vart over en tid.
- Evt. rtg. thorax.

### **Aktuelle tiltak hos primærkontakt før henvisning**

- Oppmuntre til egentrening.
- Utarbeide tilpasset treningsprogram med regelmessig oppfølging og justering av dosering.
- Vurdere tiltak for å bedre livsstil og livssituasjonen.
- Arbeidsplassvurdering med tilrettelegging av arbeidsplass.
- Forsøke relevant medikamentell behandling i samarbeid med fastlegen.
- Evt. manuell terapi/fysikalsk behandling/psykomotorisk fysioterapi.
- Ortoser

### **Gruppe 1: Inflammatoriske revmatiske sykdommer**

Rheumatoid artritt, Mb. Bekhterev, psoriasisartritt, reaktive artritter, artritter ved sarcoidose, krystallartritter (urinsyregikt, chondrocalcinose), polyarteritis nodosa og andre vasculitter, polymyalgia rheumatica/temporalisartritt og kollagenoser i form av systemisk lupus erythematosus (SLE), Sjøgrens syndrom, dermato/polymycitt, sclerodermi og mixed connective tissue disease (MCTD).

**Kriterier for henvisning:** Som hovedregel skal pasienter ved mistanke om revmatisk inflammatorisk sykdom henvises.

Unntak for denne hovedregelen er:

- Arthritis urica.
- Reaktiv artritt.
- Polymyalgia rheumatica.

De fleste tilfeller av arthritis urica, reaktive artritter og mange tilfeller av polymyalgia rheumatica håndteres av fastlegen.

**Henvisning av pasienter med kjent sykdom:** Vurdere behandling ved endret sykdomsaktivitet.

- Spørsmål om revmakirurgisk behandling.
- Behov for intraarticulære injeksjoner.
- Behov for stasjonær fysikalsk behandling.
- Behov for tverrfaglig utredning eller behandling (ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, sykepleier, revmatolog, revmakirurg).
- Spørsmål vedr. svangerskap/revmatisk sykdom.

### **Øyeblikkelig hjelp:**

- Mistanke om septisk artritt.
- Mistanke om alvorlig medikamentbivirkninger.
- Akutte alvorlige artritter eller kollagenoser.
- Mistanke om temporalisartritt.
- Ved mistanke om medullaaffeksjon fra nakken, henv. neurologisk avdeling.

## Gruppe 2: Degenerative rygg- og leddsykdommer og osteoporose

### **Følgende ryggpasienter bør vurderes av revmatolog**

- Ryggsmerter hos pasienter med kjent eller mistenkt inflammatorisk revmatisk sykdom.
- Polyartrose med uttalt artrose i ryggen (polyspondylose) i tillegg.

#### **Kriterier for henvisning:**

Artrose eller osteoporose sekundært til revmatologisk inflammatorisk sykdom.  
Differensialdiagnostikk mot revmatisk inflammatorisk sykdom.

## Gruppe 3: Bløtdelsrevmatisme

#### **Kriterier for henvisning:**

- Differensialdiagnostisk vurdering.
- Trygdemedisinske vurderinger/erklæringer (i slike tilfeller tilstrebes kortere ventetid).

### **Følgende tilstander bør henvises tilbake til fastlege**

- Pasienter med polymyalgia rheumatica.
- Revmatologiske symptomer sekundært til indremedisinske tilstander.

### **Referanser**

- a. Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- b. Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyse, kurs for manuellterapeuter UiB.2002
- c. Foredrag av revmatolog om henvisningsprosedyrer, Bodø 2001.
- d. Hansen T.M. Reumatologi Munksgaard, København 2000
- e. Hunskaar S. (red) Allmenntilleggsmedisin, Klinisk arbeid: Notam Gyldendal 1997.
- f. Juel N. G (red) Norsk fysikalsk medisin: Fagbokforlaget 1999.
- g. Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.
- h. Prosapermen (prosedyreperm for Salten som er en konsensusrapport som beskriver retningslinjer for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordland Sentralsykehus) 1997.
- i. Prosedyreperm for samhandling mellom leger i første- og annenlinjetjenesten i Telemark. (GRUK) revidert 2001.

## Henvisning til nevrolog

Henvisning til nevrolog er aktuelt når klinikk og tilleggsprøver gir mistanke om slik tilstand.

#### Generelt

- Bruk A4 ark, helst Rikstrygdeverkets blankett.
- Bruk maskinskrift.
- Ikke send en generell utskrift av hele journalen som henvisning.
- Henvisningen må være problemrettet.

## Mal for henvisning

### **Korte, men samtidig utfyllende opplysninger**

- Personalia med pasientens sosiale situasjon, adresse, telefonnummer arbeid og privat.
- Overskrift med aktuell problemstilling/manuellterapeutens diagnose. Jeg henviser pasienten for..... (vurdering, innleggelse, operasjon, etc.).
- Annen sykdom enn den manuellterapeuten henviser for.
- Tidligere sykdommer: telegramstil med relevante opplysninger (eksempel: Hypertensjon 87, medikamentell behandling. Spinal stenose, 99, operert 2001 med laminectomi L4-S1, hjerte, lungefrisk).
- Medikamenter: Oppgi alltid fast medikasjon. (vær oppmerksom på CAVE).

Aktuelt for anamnese:

- Noe mer ordrikt, men konsist og beskrivende. Hvor lenge pasienten har vært sykmeldt. Her må den aktuelle/konkrete problemstilling komme tydelig frem.

Det må særskilt opplyses om:

Nevrologisk status.

- Tegn til malignitet.
- Perifer sirkulasjon.

Ved isjias og cervicobrachialgi:

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres.

- Funksjonsnivå (før og nå). Kan utredning/behandling skje poliklinisk, eller må pasienten innlegges?
- Hva har pasienten forsøkt av behandling og med hvilket resultat?
- Vurdering: Trekk frem det viktigste under 'aktuelt' og fra egne funn under undersøkelsen. Sammenhold med evt. bildediagnostikk eller annen objektiv informasjon. La dette lede til en logisk konklusjon som blir henvisningsgrunn (vurdering, operasjon, el.).
- Prøvesvar/lab/rtg./utredning hittil: Kun unntaksvis sendes henvisning før svar på innsendte prøver foreligger. Opplysninger om at prøvesvar vil bli ettersendt, skaper et unødvendig problem med prioritering av henvisningene.
- Hvis det refereres til røntgenbilder: oppgi når og hvor bildene er tatt, og vedlegg kopi av beskrivelsen.
- Avslutt med: Pasienten kan tilskrives om konsultasjon på ovennevnte adresse. På forhånd takk.

### **Supplerende undersøkelser før henvisning**

- Relevante blodprøver spesielt ved mistanke om: inflammatorisk revmatisk sykdom, malignitet, stoffskiftesykdom.
- CT av alle pasienter med mistanke om nerve-/ryggmargspåvirkning eller beindestruksjon.
- Skjelettrøntgen evt. supplert med funksjonsopptak ved mistanke om glidning, instabilitet, beindestruksjon, Bekhterevforandringer, tidligere operasjon eller medfødte misdannelser.

- MR og rtg. radikulografi hvis det kan rekvireres av manuellterapeut. Der manuellterapeut ikke kan rekvirere MR, blir det bestilt av spesialist/poliklinikk dersom henvisning inneholder tilstrekkelige opplysninger.
  - Vurdering fra fysioterapeut eller kiropraktor hvis dette foreligger.
- Avslutt med "Vennlig hilsen".

## **Pasienter som kan utredes hos nevrolog:**

1. Cervicobrachialgi.
2. Lumbago-isjialgi.
3. Hodepine: fortrinnsvis tensjonshodepine og cervicogen hodepine.

I tillegg:

- Migrene.
- Paroxysmal hemicrani.
- Cluster.
- SAB (subarachnoidalblødninger).

4. Perifere lesjoner.
5. Anfall med svimmelhet.

Pasienter som det bør samarbeides med fastlegen om ved henvisning.

## **1. Cervicobrachialgi**

### **Anamnestiske poeng:**

- Debut, forløp, varighet, hvor invalidiserende.
- Utløsende skademekanisme.
- Yrkesrelasjon, varighet av arbeidsuførhet?
- Nøyaktig smertelokalisasjon. Nattlig smerte. Forverring ved hoderisting, hoste.
- Malign sykdom. Revmatisk sykdom.
- Effekt av NSAIDs, manuell terapi/fysioterapi, lokale steroidinjeksjoner.

### **Undersøkelse før henvisning:**

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres, spesielt nevrologiske funn.

Rtg. c-columna, RTH, MRI, evt. rtg. skulder. SR, latex.

### **Aktuelle tiltak hos primærkontakt før henvisning:**

- Akutt radiculopati: Eventuelt stiv halskrage natt og dag i 3-4 døgn.
- I samarbeid med fastlege vurdere NSAIDs i akutt stadium, evt. paracetamol/ klorpromazin.
- Ingen bedring etter 3 uker: Henvises nevrolog.
- Thoracic outlet-syndrom: Manuell terapi/fysioterapi
- Nakkedistorsjon: Eventuelt halskrage natt og dag i 3-4 døgn.
- NSAIDs og fysioterapiinstruksjon i egentrening.

### **Hastegrad:**

- Progredierende pareser eller intraktable smerter: Henvisning øyeblikkelig hjelp.
- Akutt myelopati: Henvisning øyeblikkelig hjelp.
- Mistanke om nerveavklemming: Henvises nevrologi direkte.
- Ved nakkesmerter uten utstråling, henvises bare unntaksvis.
- Ved cerebral affeksjon med mistanke om MS, ALS, Parkinson og epilepsi henvises disse nevrolog.

## 2. Lumbago-isjialgi

### Anamnesticke poeng:

- Yrke, tidl. ryggplager, feber, utstrålende hoste- eller nysesmerter, vannlating- og avføringsproblem.
- Fysisk funksjon. Varighet av arbeidsuførhet og sengeleie. Forsøkt behandling.

### Undersøkelse før henvisning:

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres, spesielt nevrologiske funn.

Ved vannlatingstørrelser: perianal sensibilitet, anal sphinctertonus, resturin.

Palper bukaorta, lyskepuls (aortaaneurisme) hos pasienter over 40 år.

Distal status: puls, hudtemp., ødem. Eldre menn bør tilbake til fastlegen for rektal eksplorasjon av prostata.

### Aktuelle tiltak hos primærkontakt

- Isjiaspasienter uten hastesymptomer bør forsøkes behandlet konservativt med manuell terapi/fysioterapi i 6-8 uker før kirurgi. Kan henvises tidligere hvis uttalte symptomer.
- Medikamentell behandling: i samarbeid med fastlegen, analgetika, evt. NSAID. Kontroll etter 2 uker.
- Ny klinisk undersøkelse ved progredierende symptomer.
- Ved ingen bedring eller progredierende symptomer, henvises pas. til nevrolog.

### Hastegrad:

- Sphincterforstyrrelser henvises som øyeblikkelig hjelp.
- Intraktable smerter, progredierende og/eller uttalte nevrologiske utfall: konferer med nevrolog pr. telefon.
- Øvrige ryggpasienter som skal henvises, søkes skriftlig.

## Henvisning av ryggpasienter til ortopedisk/nevrokirurgisk poliklinikk

Pasienter som er kandidater for kirurgisk behandling.

*Følgende diagnoser kan egne seg for kirurgisk behandling:*

- Nerverotssmerte eller funksjonssvikt (radikulopati) og/eller ryggmargsutfall (myelopati) på grunn av prolaps, slitasjeforandringer eller tumor. Det bør være samsvar mellom kliniske og radiologiske funn (eksempel: isjias, cervicalt prolaps).
- Lumbal spinal stenose. Claudikasjonsanamnese uten vaskulær insuffisiens der det er påvist tranghet i spinalkanalen ved CT, MR eller radikulografi.
- Recidivprolaps eller vedvarende lokale eller utstrålende smerter etter operativ behandling.

### Ryggsmerter med:

- Spondylolyse/spondylolisthese.
- Segmentell instabilitet.
- Osteomyelitt/discitt.
- Tumor i columna.

### 3. Hodepine

#### Problemstilling:

- Tensjonshodepine og cervicogen hodepine er de mest relevante diagnosene for henvisning fra manuellterapeut.
- Migrene, medikamentbetinget (abstinens) hodepine, cluster sinusitt og andre infeksjoner som gir feber.
- Sjeldne årsaker er arteritis temporalis, tumor cerebri og subduralt hematom.
- Subarachnoidalblødninger.

#### Anamnesticke poeng:

- Familiært/sosialt, yrkessituasjon, medikamenter, tidligere hodetraumer. Akutt/subakutt/kronisk/residiverende.
- Anfallsdebut, varighet og hyppighet. Lokalisasjon (ensidig, foran/bak) og karakter. Kvalme/brekninger/lys- og lydskyhet.
- Synsforstyrrelser (adskill fra lysskyhet).
- Utløsende eller lindrende faktorer.

#### Aktuelle tiltak hos primærkontakt:

Relevant behandling skal være forsøkt før henvisning. Opplys alltid om hvilken behandling som er utført og med hvilket resultat.

#### Undersøkelse før henvisning:

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres.

- Ophthalmoskopi.
- Mental status (personlighetsendringer).
- Aktuelle suppl. u.s.: SR, rtg. c-columna, rtg. bihuler, CT caput.
- EEG vanligvis ikke indisert.

#### Hastegrad:

- Plutselig debut av ny sterk hodepine eks. v/anstrengelse/hoste/press/samleie: Henvises som ø.hj.
- Raskt progredierende: Konferere pr. telefon.
- Forandring i bevissthetsnivå, forvirring, hukommelsestap: konferere pr. telefon for halvøyeblikkelig hjelp.
- Dobbeltsyn, klossethet, balansesvikt: Konferere pr. telefon for halvøyeblikkelig hjelp.
- Morgenhodepine med kvalme, debut over 50 år, rask henvisning (ofte symptomatisk).

### 4. Perifere lesjoner

- Nevralgier, nevropatier.
- Posttraumatiske tilstander, inneklemmingssyndromer.



*Problemkategorier som det bør samarbeides med fastlegen ved henvisning*

## **5. Anfall med svimmelhet**

- Vertebrogen
- Myogent
- Ortostatisk hypertensjon
- Vertebro/basilarinsuffisiens
- Basilarismigrene
- Vestibularisaffeksjon
- Sentralt (TIA, inflammatorisk)
- Psykogen (hyperventilering)

## **Indikasjon for nevrografi**

- Mistanke om innklemmingsyndrom av perifere nerver.
- Mistanke om polynevropati.
- Oppfølging av traumatiske nerveskader.
- Ved andre problemstillinger vil det ofte være mer hensiktsmessig med henvisning til klinisk vurdering.

## **Referanser**

- a. Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- b. Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyse, kurs for manuellterapeuter UiB.2002
- c. Foredrag av nevrolog om hevisningsprosedyrer, Bodø 2001.
- d. Hunskaar S. (red) Allmenmedisin, Klinisk arbeid: Notam Gyldendal 1997.
- e. Juel N. G. (red) Norsk fysikalsk medisin: Fagbokforlaget 1999.
- f. Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.
- g. Prosapermen (prosedyreperm for Salten som er en konsensusrapport som beskriver retningslinjer for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordland Sentralsykehus) 1997.
- h. Prosedyreperm for samhandling mellom leger i første- og annenlinjetjenesten i Telemark (GRUK) rev.2001

## **Henvisning til ortoped**

### **Generelt**

- Bruk A4 ark, helst Rikstrygdeverkets blankett.
- Bruk maskinskrift.
- Ikke send en generell utskrift av hele journalen som henvisning.
- Oppgi perioder som åpenbart er upassende for undersøkelse og evt. innleggelse.
- Henvisningen må være problemrettet og lett å finne ut av.

## Mal for henvisning

### *Korte, men samtidig utfyllende opplysninger*

1. Personalia med pasientens sosiale situasjon, adresse, telefonnummer arbeid og privat
2. Overskrift med aktuell problemstilling/manuellterapeutens diagnose. Jeg henviser pasienten for..... (vurdering, innleggelse, operasjon, etc.).
3. Annen sykdom enn den manuellterapeuten henviser for?
4. Tidligere sykdommer: telegramstil med relevante opplysninger (eksempel: Hypertensjon 87, medikamentell behandling. Spinal stenose, 99, operert 2001 med laminectomi L4-S1, hjerte, lungefrisk).
5. Medikamenter: Oppgi alltid fast medikasjon. (vær oppmerksom på CAVE).

Aktuelt ved anamnese:

6. Noe mer ordrikt, men konsist og beskrivende. Hvor lenge pasienten har vært sykmeldt. Her må den aktuelle/ konkrete problemstilling komme tydelig frem.

Det må særskilt opplyses om:

- Bedre eller dårligere ved bevegelse (ved inflammasjon ofte bedre ved lett bevegelse).
- Nattsmerte, må pasienten opp å gå om natten?
- Nevrologisk status.
- Tegn til malignitet.
- Perifer sirkulasjon.
- Effekt av NSAID?

Ved isjias og cervicobrachialgi:

- Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres.
7. Funksjonsnivå (før og nå). Kan utredning/behandling skje poliklinisk, eller må pasienten innlegges?
  8. Hva har pasienten forsøkt av behandling tidligere og med hvilken effekt?
  9. Vurdering: trekk frem det viktigste under 'aktuelt' og egne funn under undersøkelsen. Sammenhold med evt. bildediagnostikk eller annen objektiv informasjon. La dette lede til en logisk konklusjon som blir henvisningsgrunn (vurdering, operasjon, el.).
  10. Prøvesvar/lab/rtg./utredning hittil: send kun unntaksvis henvisning før svar på innsendte prøver foreligger. Opplysninger om at prøvesvar vil bli ettersendt, skaper et unødvendig problem med prioritering av henvisningene.
  11. Hvis det refereres til røntgenbilder: oppgi når og hvor bildene er tatt, og legg ved kopi av beskrivelsen.
  12. Avslutt med: pasienten kan tilskrives om konsultasjon på ovennevnte adresse.
  13. På forhånd takk.

## Henvisning til ortopedisk avdeling for spinal-kirurgisk vurdering

Alvorlige, sjeldne tilstander som svulstsykdom, osteomyelitt og osteoporosebetingede kompresjonsfracturer må vurderes som mulige differensialdiagnoser.

- De radikulære smertene i ekstremiteten skal være dominerende.
- Ved svært sterke og progredierende smerter er klinikken viktigst, og kan være indikasjon for kirurgi, selv om det ikke er samsvar mellom klinikk og radiologiske funn.

- Ved kliniske tegn til nerverotaffeksjon og vedvarende symptom uten fremgang etter 6 uker.

### **Hastekirurgi**

- Cauda equina syndrom.
- Betydelige (morfintrengende) og vedvarende smerter i mer enn to døgn.
- Rask utvikling av beinpareser til grad 3.
- Pasienter som så å si ikke klarer å være oppegående etter to til tre uker.
- Ved progredierende pareser eller akutte pareser med avtagende smerte.
- Bildediagnostikk
- Henvise til CT/MR når tilstanden har vart 6-8 uker eller ved intense smerter.

### **Spondylolisthese**

Barn/ ungdom: Alle skal henvises.

### **Spinal stenose**

Henvisninger:

Bilediagnostikk, henvise CT/MR for vurdering.

Vurdering kirurgi ved progredierende kraftsvikt.

**Idiopatisk skoliose**, skoliose med vinkel over 35 grader skal henvises.

### **Ved revmatoid artritt**

Ved ledd-destruksjon der det antas å være indikasjon for kirurgi.

### **Segmentell bevegelsessmerter**

Invalidiserende rygg smerter ved segmentell instabilitet. Det skal først være forsøkt adekvat konservativ intervensjon uten effekt.

## **Nakkelidelser**

Når skal manuellterapeuten henvise ved nakkelidelser?

### **Akutte nakkelidelser**

Henvises ved akutt sykehistorie der det er progredierende pareser, myelopati og intraktable smerter.

### **Røntgen**

Er ikke indisert som rutineundersøkelse.

Vurdere henvisning til spesialist, evt. MR hvis smertene er intense/langvarige og reduserer livskvaliteten betydelig, eller det foreligger nevrologiske utfall.

### **Ved mistanke om instabilitet:**

Det anbefales først henvisning til rgt., deretter MR.

**Subakutt/kroniske nakkeplager med nevrologisk utfall som henvises til kirurgisk vurdering.**

Det vil være en vurderingssak og et spørsmål om det skal henvises til ortoped, nevrolog eller nevrokirurg (som hovedregel henvises de til nevrolog).

#### **Anamnesticke poeng:**

Debut, forløp, varighet, hvor invalidiserende, utløsende årsaker, skademekanisme og yrkesrelasjon.

Nøyaktig smertelokalisasjon. Nattlig smerte, hoste og forverring ved rotasjon/ekstensjon nakke.

Malign sykdom. Revmatisk sykdom.

Effekt av NSAIDs, behandling og lokale steroidinjeksjoner.

#### **Undersøkelse før henvisning:**

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres, spesielt nevrologiske funn.

Nakkebevegelse. Avvergestilling. Gir hodedreining utstrålende smerter? Forverring v/ nakkekompresjon, pos. Spurling's test? Lindring ved traksjon? Reflekser/hudfarge/puls.

Skulderbevegelser. Pareser/sens. utfall.

Rtg. c-columna, RTH, evt. rtg. skulder. SR, latex.

#### **Indikasjon for kirurgisk intervensjon:**

- Det må være sammenheng mellom kliniske funn og eventuelle kirurgiske tiltak.
- Når symptomer, kliniske og radiologiske funn samsvarer og nevrologiske utfall har vedvart i mer enn 8-12 uker.

#### **Hastegrad:**

Progredierende pareser eller intraktable smerter: henvisning for ø.hj.

Nakkesmerter uten utstråling henvises bare unntaksvis.

#### **Skulder**

- Mistanke om fractur eller luksasjon.
- Resistente impingementplager.
- Resistente AC-plager med tydelige radiologiske forandringer.
- Ved usikkerhet om injeksjonsteknikk.

#### **Albue**

Kroniske epicondylitter og infektive bursitter som ikke responderer på NSAIDs/antibiotika.

#### **Hofte**

For vurdering av totalprotese ved uttalt artrose.

#### **Kne**

##### **Vurdering for kirurgi/artroskopi:**

- Ved mistanke om meniskskade og det er for søkt 2-3 ukers avlastning uten symptombedring.
  - Instabilt kne. Konservativ behandling skal være forsøkt uten særlig effekt.
- Mistanke om intraartikulær lesjon.

##### **Kriterier for henvisning til øyeblikkelig hjelp.**

- Skade med mistanke om fraktur.

- Større båndskade.
- Låst kne i flektert stilling.
- Uttalt hemartrose.

### **Patellofemorale smerter**

Operativ behandling kan være aktuelt når konservativ behandling ikke har gitt ønsket effekt etter 4-6 mnd.

### **Legg**

Mistanke om dyp venetrombose og akutt losjesyndrom henvises som øyeblikkelig hjelp..hj.

### **Fot**

Ved mistanke om intraartikulær lesjon/løse fragmenter.

### **Referanser**

- Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyse, kurs for manuellterapeuter UiB, 2002
- Foredrag av nevrolog om henvisningsprosedyrer, Bodø 2001.
- Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.
- O'Sullivan P, 2002
- Skriv fra Regionssykehuset i Tromsø (RiTø) om henvisningsprosedyrer, Bodø 2001.

## **Henvisning til spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering**

Fysikalsk medisin og rehabilitering overlapper ortopedi og revmatologi. Faget fokuserer på to hovedområder, rehabilitering og fysikalsk medisin.

### **Generelt**

- Bruk A4 ark, helst Rikstrygdeverkets blankett.
- Bruk maskinskrift.
- Ikke send en generell utskrift av hele journalen som henvisning.
- Oppgi perioder som åpenbart er upassende for undersøkelse og innleggelse.
- Henvisningen må være problemrettet og oversiktlig.

### **Mal for henvisning**

#### **Korte, men samtidig utfyllende opplysninger**

14. Personalia med pasientens sosiale situasjon, adresse, telefonnummer arbeid og privat.
15. Overskrift med aktuell problemstilling/manuellterapeutens diagnose. Jeg henviser pasienten for..... (vurdering, innleggelse, operasjon, etc.).
16. Annen sykdom enn den manuellterapeuten henviser for?
17. Tidligere sykdommer: telegramstil med relevante opplysninger (eksempel: Hypertensjon 87, medikamentell behandling. Spinal stenose, 99, operert 2001 med laminectomi L4-S1, hjerte, lungefrisk).
18. Medikamenter: fast medikasjon skal opplyses (vær oppmerksom på CAVE).

19. Aktuelt: Noe mer ordrikt, men konsist og beskrivende. Hvor lenge sykmeldt. Her må det aktuelle/konkrete tydelig komme frem.

Det må særskilt opplyses om:

- Bedre eller dårligere ved bevegelse (inflammasjon ofte bedre ved lett bevegelse).
- Nattsmerte, må pasienten opp å gå om natten?
- Nevrologisk status.
- Tegn til malignitet.
- Perifer sirkulasjon.
- Effekt av NSAID?

Ved isjias og cervicobrachialgi:

Kliniske funn som underbygger diagnosen bør refereres.

20. Funksjonsnivå (før og nå). Kan utredning/behandling skje poliklinisk, eller må pasienten innlegges?
21. Hva har pasienten forsøkt av behandling og med hvilket resultat?
22. Vurdering: Trekk frem det viktigste under 'aktuelt' og egne funn under undersøkelsen. Sammenhold med evt. bildediagnostikk eller annen objektiv informasjon. La dette lede til en logisk konklusjon som blir henvisningsgrunn (vurdering, operasjon, el.).
23. Prøvesvar/lab./rtg./utredning hittil: Send kun unntaksvis henvisning før svar på innsendte prøver foreligger. Opplysninger om at prøvesvar vil bli ettersendt, skaper et unødvendig problem med prioritering av henvisningene.
24. Hvis det refereres til røntgenbilder: oppgi når og hvor bildene er tatt, og vedlegg kopi av beskrivelsen.
25. Avslutt med: pasienten kan tilskrives om konsultasjon på ovennevnte adresse.
26. På forhånd takk og vennlig hilsen.

*Følgende pasienter kan henvises:*

Pasienter med langvarige ryggsmertter som ikke fyller kriteriene til spesialavdelingene ovenfor, og som for øvrig fyller følgende kriterier:

- Pasienten er utredet av fastlegen og behandling er startet i samarbeid med fysioterapeut.
- Det er forsøkt konservativ behandling med vekt på aktiv opptrening uten effekt, evt. forverring.
- Pasienten står i fare for å falle ut av yrkeslivet.
- Diagnostisk klassifiseres dette ofte som kronisk lumbago eller recidiverende akutt lumbago. Ulike "etiologiske" diagnoser har vært brukt.
  1. Diskogene smerter.
  2. Facettleddsartrose.
  3. Muskulære smerter.

Pasienter med rotaffeksjon, spinal stenose eller postoperative ryggplager hvor nevrokirurg har vurdert at det ikke er aktuelt med kirurgisk intervensjon operasjon, og hvor konservativ behandling ikke har hatt tilstrekkelig effekt.

Vurdering av fysioterapeut/manuellterapeut bør vedlegges. I påvente av undersøkelse ved poliklinikk, skal behandlingen fortsette i form av et tilpasset treningsprogram med regelmessig oppfølging og justering.

## Referanser

- a. Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- b. Foredrag av ortoped om henvisningsprosedyrer, Bodø 2001.
- c. Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.
- d. Prosedyreperm for samhandling mellom leger i første- og annenlinjetjenesten i Telemark. (GRUK) revidert 2001.

## Henvisning for øyeblikkelig hjelp

Prosedyre:

1. Ta telefonisk kontakt med vakthavende lege for å melde innleggelse
2. Gi en begrunnelse for ønske om innleggelse
3. Oppstår det uenighet om indikasjon, er det manuellterapeutens vurdering som er avgjørende (manuellterapeuten har ansvaret)
4. Henviser rekvirerer nødvendig skyss
5. Det sendes henvisningsskriv med pasienten som skal inneholde:

Personalia med pasientens sosiale situasjon, adresse, telefonnummer arbeid og privat.

**Jeg henviser pasient for....** akutt innleggelse, jfr. telefonsamtale med ..... (vakthavende lege)

**Manuellterapeutens diagnose**, eventuelt annen sykdom som det ikke søkes innleggelse for.

**Aktuelt:** En konsis beskrivelse. Ikke bland egen vurdering opp i det aktuelle! Her må det aktuelle/konkrete komme tydelig frem.

**Medikamenter:** Oppgi alltid fast medikasjon. Vær oppmerksom på CAVE.

**Kliniske funn: kortfattet, målbevisst.** Få tydelig frem det som støtter egen diagnose, men også de usikre vurderingene. Dette er ofte svært viktig for endelig diagnose og behandling.

**Vurdering:** trekk frem det viktigste under 'aktuelt' og egne funn under undersøkelsen.

Sammenhold med evt. bildediagnostikk eller annen objektiv informasjon. La dette lede til en logisk konklusjon som blir henvisningsgrunn (vurdering, operasjon, el.).

Mistanke om benign/malign sykdom må komme frem her.

Prøvesvar/lab/rtg./utredning hittil.

**Tidligere sykdommer:** telegramstil med bare relevante opplysninger (eksempel: Hypertensjon 87, hjerte, lungestatus).

## Noen relevante diagnoser som krever akutt innleggelse

1. Hemartrose etter traume.
2. Septisk artritt.
3. Ved radiculopati med progredierende pareser.
4. Ved radiculopati med akutt kraftsvikt i kombinasjon med avtagende smerte.
5. Cauda equina syndrom.
6. Akutt myelopati.
7. Dyp venetrombose.
8. Akutt losjesyndrom.
9. Kardiovaskulær krise.
10. Fraktur, luksasjoner, senerupturer eller nerveskader.
11. Mistanke om cerebral sykdomstilstand.

12. Instabilitet i øvre del av nakken med uttalte hodesymptomer.

### **Referanser**

- a. Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyse, kurs for manuellterapeuter UiB.2002
- b. Samtale med Helgeland Sykehus og spesialistavdelinger ved Regionssykehuset i Tromsø, Nordland sentralsykehus og Rikshospitalet

## **Henvisning til spesialist i øre-nese-halssykdommer**

### **Vertigo:**

#### **Gyratorisk vertigo (bevegelsehallusinasjoner).**

Henvises ØNH, spesielt hvis det foreligger ostogene symptomer i form av øresus eller hørselsnedsettelse (Mb. Meniere og acusticusnevrinom).

#### **Viktige anamnesticke poeng:**

Anfallsvis opptreden.

Anfallsvis varighet.

Ledsagesymptomer (kvalme, øresus, temporære hørselsnedsettelser).

#### **Undersøkelse før henvisning:**

Hørsel, spontan nystagmus og cornearefleks

#### **Hastegrad:**

Ved kraftige anfall, ta telefonisk kontakt med vakthavende lege på dagtid for evt. snarlig innleggelse.

NB! Ved bakhodepine som er verst om morgenen, i kombinasjon med vertigo, tenk intrakraniell romoppfyllende prosess.

### **Referanser**

- a. Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.
- b. Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyse, kurs for manuellterapeuter UiB, 2002
- c. Prosapermen (prosedyreperm for Salten som er en konsensusrapport som beskriver retningslinjer for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordland Sentralsykehus) 1997.

## **Henvisning til psykolog/psykiater**

Somatoformlidelse er i grenseland for manuellterapeutisk kompetanse. Som en hovedregel vil det være naturlig å samarbeide med fastlegen om videre oppfølging.

Kun unntagelsesvis hvor det er tilbud om tverrfaglig oppfølging av disse pasientene og fysioterapeut er en del av teamet, kan det være naturlig med telefonisk kontakt for å diskutere med kollega.



Tilstander som først bør behandles i primærhelsetjenesten

- Angst.
- Depresjon.
- Sorgreaksjoner og livskriser.

## Avslutning

Manuellterapeuten skal ikke rutinemessig informere fastlegen om henvisning til spesialist eller mottatt epikrise. Manuellterapeuten må vurdere å involvere pasientens fastlege dersom det synes å være behov for det, for eksempel å sikre et helhetlig behandlingsopplegg for pasienten. Helsepersonellovens utgangspunkt er at helsepersonell har taushetsplikt, og at taushetsplikten også gjelder i forhold til annet helsepersonell. Informasjonsutveksling kan skje på visse vilkår. Bl.a. kan taushetsbelagte opplysninger gis til annet helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte med mindre pasienten motsetter seg det (§45). Det må vurderes konkret om journal/opplysninger fra journal skal utleveres. Pasientens samtykke er grunnlag for utlevering av opplysninger, uavhengig av om det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

Hvis pasienten ønsker at legen skal holdes løpende informert, kan dette naturligvis gjøres på grunnlag av pasientens samtykke. Manuellterapeuten bør også følge opp og sikre at pasienten får time hos spesialist innen rimelig tid.

Er det uhensiktsmessig lang ventetid og pasienten er sykmeldt, bør trygdekontoret kontaktes med kopi av henvisningen. Trygdekontoret kan da vurdere å kjøpe spesialisttjeneste fra privatpraktiserende spesialister eller sende forespørsel til utlandet.

## Referanser

- Den Norske Lægeforening, Henvisninger og henvisningsrutiner 2. opplag 2001.*
- Differensialdiagnostikk og laboratorieanalyse, kurs for manuellterapeuter UiB, 2002*
- Foredrag av nevrolog om hevisningsprosedyrer, Bodø 2001.*
- Hunskår S. (red) Allmennmedisin, Klinisk arbeid: Notam Gyldendal 1997.*
- Juel N. G. (red) Norsk fysikalsk medisin: Fagbokforlaget 1999.*
- Norsk elektronisk legehåndbok, revidert 2001.*
- Prosapermen (prosedyreperm for Salten som er en konsensusrapport som beskriver retningslinjer for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordland Sentralsykehus) 1997.*
- Prosedyreperm for samhandling mellom leger i første- og annenlinjetjenesten i Telemark. (GRUK) revidert 2001.*
- Ot. prp 28 (2005-2006) Om lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)*