

**KRAV TIL FORHANDLINGER OM
DRIFTSTILSKUDD OG HONORARTAKSTER
24.04.2024**

Krav til forhandlinger om driftstilskudd og honorartakster 24.04.2024	1
Sammendrag – Økonomisk ramme	3
Endring av forhandlingsstrukturen	4
Grunnlag for kravene	4
Takstendringer må bidra til realisering av helsepolitiske mål	4
Den økonomiske rammen	9
Inntektselementet	9
Kostnadselementet	9
Undersøkelsestakstene	10
Behandlingstakstene A8	10
Enkel pasientkontakt	11
Samhandlingstakst E51 c	12
Ny kompetansetakst	12
Profesjonsnøytrale takster – Bruk av annet fagpersonell	12
Utvidelse av kriterier for å utløse takst D40	13
Ultralyddiagnostikk	13
Ultralydveilede injeksjoner	13
EPJ-løft for fysioterapeuter og manuellterapeuter	14
Forbehold om endringer	14

A. INNTEKTSELEMENTET

NMF legger oppgjøret i sammenlignbare sektorer til grunn.

B. KOSTNADER

KPI må korrigeres for strømstøttens bremsende effekt.

NMF krever at forholdet mellom inntekts- og kostnadselement skal være 70-30%.

Vi krever også at kostnader som ikke fanges opp av SSBs indekser, tas inn som et særskilt punkt. NMF krever at følgende kostnader kompenseres:

- Mindreutvikling i forhold til sammenlignbare grupper: 68,6 millioner
- Kompensasjon virtuelt møterom 4,3 millioner kroner
- Prisøkning Helsenett 6 millioner kroner

C. SEPARATE FORHANDLINGER OM MANUELLTERAPITAKSTENE

Etter at den økonomiske rammen for hele oppgjøret er avtalt, krever NMF separate forhandlinger om utvikling av manuellterapitakstene.

D. PRIORITERINGER, TAKSTER, FOND, EPJ-LØFTE

Takster som stimulerer til effektivitet, oppgavedeling, tidlig innsats og som motvirker overbehandling, prioriteres.

Takster – prioriteringer mv.

1. Undersøkelsestaksten A1h prioriteres.
2. A8-takstene prioriteres.
 - De seks første behandlingene honoreres høyere enn de påfølgende behandlingene
3. A4 Enkel pasientkontakt prioriteres.
4. Samhandlingstaksten E51c prioriteres.

Nye takster

NMF krever:

- etablering av en takst for injeksjonsbehandling
- tilleggstakst for manuellterapeuter med Ph.d. Det er en forutsetning at terapeuten fortsatt driver forskning eller forskningsveiledning.
- E51a gjøres profesjonsnøytral

Annet

- NMF krever at H-takstene finansieres utenfor den ordinære rammen.

EPJ-løftet

- EPJ-løftet for fysioterapeuter og manuellterapeuter videreføres og finansieres av staten/KS.

ENDRING AV FORHANDLINGSSTRUKTUREN

Etter 1. januar 2024 må man være autorisert manuellterapeut for å kunne kreve manuellterapeutakster. Stortingets vedtak om autorisasjon innebærer en erkjennelse av at manuellterapeuters yrkesrolle er vesensforskjellig fra fysioterapeuters.

For at manuellterapifaget skal kunne utvikle seg i takt med samfunnets behov, må takstforhandlingene legges til rette for at manuellterapeutenes takster drøftes særskilt.

NMF krever derfor følgende endring i forhandlingsstrukturen:

- Etter at den økonomiske rammen for hele oppgjøret er avtalt, føres det separate forhandlinger om utvikling av manuellterapeutakstene.
- Manuellterapeut-delen av TBU, påplussert den avtalte prosentuelle økningen av totalrammen, danner den økonomiske rammen for manuellterapeutenes forhandlinger.

GRUNNLAG FOR KRAVENE

Takstendringer må bidra til realisering av helsepolitiske mål

Ved fastsettelse av takstene bør takster som forventes å bidra til å realisere helsepolitiske mål prioriteres. Takstøkninger bør derfor i størst mulig grad ha en *helsepolitisk* begrunnelse, ut over bare å medvirke til inntektsutvikling.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan¹ (NHS) og Helsepersonellkommisjonen² viser til at den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor, er at det blir færre ansatte per pasient. Spesielt bekymringsfullt er den svake rekrutteringen til fastlegeordningen, noe som gjør at 181 234 innbyggere fremdeles mangler fastlege per 1. april 2024.³

EFFEKTIVITET

Fordi personell er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før.⁴

OPPGAVEDELING

Ifølge NHS og Helsepersonellkommisjonsrapporten kan og bør mange oppgaver løses av flere personellgrupper, under forutsetning av at forsvarlighetskravet ivaretas.

OVERBEHANDLING MÅ UNNGÅS

Helsepersonells innsats må forbeholdes situasjoner hvor helsehjelp er nødvendig. Overbehandling

¹ Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

² NOU 2023/4 Tid for handling

³ <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/krisen-i-fastlegeordningen/lister-uten-fast-lege>

⁴ NOU 2023/4 Tid for handling, Helsepersonellkommisjonen, side 13.

må unngås, ikke bare fordi det gjør at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for flere, men også fordi overbehandling i verste fall kan være skadelig.⁵ Derfor skal ikke helsepersonell brukes til å løse utfordringer i befolkningen som ikke er av helsemessig art. Det er også verdt å merke seg ordlyden i stønadsforskriftens § 1 der det heter at:

«Det ytes stønad til fysioterapi ved sykdom, skade eller lyte. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.»

HJELPEPERSONELL KAN BIDRA

Knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag. Det innebærer også å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig.⁶

Manuellterapi er et klinisk masterstudium som utdanner behandlere til kommunehelsetjenesten med avansert kompetanse på utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom og skade hos muskel- og skjelettpasienter.

Yrkesgruppen har lignende fullmakter som legenes på muskel- og skjelettområdet. Stortinget vedtok i 2022 å tildele manuellterapeuter særskilt autorisasjon som samsvarer med yrkesrollen. Etter en overgangsperiode må man etter 1. januar 2024 være autorisert manuellterapeut for å kunne kreve manuellterapeuttakster og gjøre bruk av de utvidete fullmaktene.

Muskel- og skjelettsykdommer er den viktigste årsaken til helsetap, sykefravær og nye uførepensjonerings. Muskel- og skjelettpasienter står for ca. 20 prosent av fastlegekonsultasjonene og er den største gruppen hos fastlegene. Pasientgruppen legger også beslag på store ressurser i spesialisthelsetjenesten.⁷

Regjeringens Ekspertutvalg for allmennlegetjenesten skriver at:

det kan være relevant å se på i hvilken grad andre faggrupper kan bidra til mer tverrfaglighet i og rundt fastlegekontoret. Blant annet innenfor psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser, som begge utgjør en stor del av kontaktene med fastlegen.

Ekspertutvalget anfører at både psykologer og manuellterapeuter har selvstendig utrednings- og behandlingsansvar på sine respektive områder. Utvalget skriver at autoriserte manuellterapeuter har lignende fullmakter som legenes, og bemerker at mange manuellterapeuter har utdanning innen muskel- og skjelettultralyd og ultralydveiledet injeksjonsbehandling.⁸

⁵ Jf. www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hva-er-problemet-med-unodvendige-helsetjenester/

⁶ NOU 2023/4 Tid for handling, s. 16

⁷ Kinge JM et al.: Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services, BMC (2015)

⁸ Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport, 18. april 2023

Som følge av samhandlingsreformen forventes det at flere pasienter diagnostiseres og gis behandling i kommunehelsetjenesten. Samtidig har befolkningen økt og blitt eldre. Det er derfor behov for at det opprettes flere driftsavtaler for manuellterapeuter i kommunene.

Det bør også oppmuntres til at manuellterapeuter inngår samarbeid med fastleger, enten ved at de går inn som deltakere i fastlegepraksiser eller inngår formelt samarbeid om behandling av muskelskjelettpasienter på fastlegenes lister.

Sammen med Allmennlegeforeningen har Norsk Manuellterapeutforening bedt Helse- og omsorgsdepartementet legge til rette for et forsøk der pasienter som tar kontakt med fastlegekontoret gis muligheten til å velge mellom konsultasjon hos fastlege eller manuellterapeut.

Tilgjengelig dokumentasjon tyder på at slik bruk av manuellterapeutenes kompetanse vil kunne bedre kvaliteten og øke effektiviteten på pasientbehandlingen.

KOSTNADSEFFEKTIVITET PÅ OMRÅDET

Manuellterapeuter ferdigbehandler i gjennomsnitt dobbelt så mange pasienter som fysioterapeuter i løpet av et år. Behandlingsforløp hos manuellterapeuter er signifikant kortere enn hos fysioterapeuter, selv når pasientene kontrolleres for kjennetegn som diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke. Til tross for at manuellterapeuter til dels har høyere takster, viser KUHR-tall som Oslo Economics har analysert, at de totale behandlingskostnadene er lavere eller om lag like som kostnadene ved behandling hos fysioterapeut og langt lavere enn ved behandling hos psykomotoriker.⁹

Selv om manuellterapeuter har de korteste behandlingsseriene av disse gruppene, ligger gjennomsnittet på 12,7 behandlinger. Dette er en økning i forhold til tidligere anslag. Fagmiljøet peker på klinisk erfaring som tilsier at effekten av behandling synes å være størst innenfor de første seks behandlingene. Historisk kunne leger også bare rekvirere seks manuellterapibehandlinger av gangen. Dette førte til at effekten av behandlingen måtte vurderes etter seks behandlinger hvis behandlingen skulle forlenges. NMF mener at korte behandlingsserier bør ha bedre økonomisk uttelling, da dette vil føre til mindre overbehandling.

Forskning viser at tidlig intervensjon er gunstig for et vellykket behandlingsresultat ved mange muskelskjelett-tilstander. Hvis pasienten raskt kan hjelpes til å oppnå et smerte- og funksjonsnivå som setter vedkommende i stand til å ta hånd om egen helse ved egen aktivitet, vil det være gunstig både for den enkelte pasient og samfunnet. Gode undersøkelsestakster vil stimulere til inntak av nye pasienter og avslutte behandling der det viser seg at behandlingen har liten eller ingen effekt. Samtidig er en god undersøkelse avgjørende for vurdering av om behandling i det hele tatt skal igangsettes, hva som er den mest effektive behandlingsformen – og om pasienten bør

⁹ <https://osloeconomics.no/2021/05/12/analyse-av-behandlingsforlop-og-kostnader-ved-behandling-innenfor-fysioterapiområdet/>

henvises til annen instans i helsetjenesten. Tidlig relevant diagnostikk, behandling og samhandling gir positive helseeffekter for pasienter og reduserer sjansen for kronifisering.

NMF krever derfor at:

- Manuellterapeutenes undersøkelsestakst A1h prioriteres.
- Manuellterapeutenes behandlingstakst differensieres slik at de seks første behandlingene honoreres høyere enn de påfølgende.

ANSVAR OG KVALITET SKAL LØNNE SEG

NMF mener at utdanning, kompetanse, ansvar, kostnadseffektivitet og kvalitet i behandlingstilbudet skal avspeiles i takstsystemet. Dette vil stimulere til fagutvikling og derigjennom en bedre og mer kostnadseffektiv helsetjeneste for befolkningen. Mange fysioterapeuter ønsker å utdanne seg innen manuellterapi for å kunne gi mer kostnadseffektiv og mer målrettet behandling til pasientene.

KOSTNADSKOMPENSASJON MÅ VÆRE REELL

Det stilles stadig nye krav til klinikkene som stjeler tid. Det gjelder internkontroll, dokumentasjon og digitalisering. Dette er arbeidskrevende og gir utdannings- og investeringsbehov.

Som NMF tidligere har påpekt, har kostnadsmodellene som har vært brukt de siste årene ikke på langt nær kompensert utviklingen i de reelle kostnadene. Kostnadene vil ofte økes som følge av *nye offentlige pålegg* eller av andre forhold som ikke fanges opp av indeksene. Som også legeforeningen fremholder, fylles også arbeidsdagen av stadig nye administrative forpliktelser. Sammen med kjente tidstyver medfører denne utviklingen et stadig høyere arbeidspress og lavere inntekter per arbeidet time.

Vedvarende underkompensasjon av den faktiske kostnadsutviklingen undergraver tjenestetilbudet. NMF mener kostnadskompensasjonen må være reell. Derfor må kostnader som er konkret begrunnet, og som ikke fanges opp av kostnadsmodellen, kunne kompenseres særskilt.

INNTEKTSUTVIKLINGEN FOR FYSIOTERAPEUTER OG MANUELLTERAPEUTER

I perioden 2019-2023 ble det avtalt en inntektsøkning for fysioterapeuter og manuellterapeuter på til sammen 17,86 %. Denne økningen kommer frem som summen av de avtalte inntektskomponentene i disse årene.

I samme periode var årslønnsutviklingen på helse- og sosialtjeneste-feltet 20,01 %, det vil si 2,15 % mer enn hva som er avtalt for fysioterapeuter og manuellterapeuter.

	2019	2020	2021	2022	2023		
Helse- og sosialtjenester	3,70 %	2,30 %	3,30 %	4 %	5,30 %		
Fysio-/manuellterapi	3,20 %	1,70 %	2,70 %	3,84 %	5,30 %		
Helse- og sosialtjenester	100	103,7	106,09	109,59	113,97	120,01	
Fysio-/manuellterapi	100	103,2	104,95	107,79	111,93	117,86	2,15 %

Tabell 1. Viser lønnsutvikling 2017-2023 innen helse- og sosialtjenesteområde ifølge SSB¹⁰, samt avtalt inntektselement for fysioterapeuter og manuellterapeuter samme periode.

2,15 % av 3 189 904 155 kroner utgjør 68,6 mill. kroner

Fysioterapeuter og manuellterapeuter bør ha samme inntektsutvikling som ellers er vanlig i sektoren. NMF krever at dette blir kompensert ved at rammen økes med 2,15 %, det vil si 68,6 millioner kroner.

- **NMF krever at 68,6 millioner kroner legges til i årets ramme.**

KOMPENSASJON FOR VIRTUELT MØTEROM

Digitaliseringstiltak er ønsket i helsetjenesten. Videokonsultasjoner er fremtidsrettet og fornuftig. Pasienter i distriktene kan spares for lange reiseveier, og terapeutene kan foreta forhåndsundersøkelser og utvelgelse av pasienter. Det vil kunne bidra til økt tilgjengelighet og bedre kapasitet.

Norsk Helsenett innførte høsten 2020 en avgift på virtuelt møterom som kommer i tillegg til vanlig medlemspris. Merpris per måned per bruker er 101 kr inkl. mva.¹¹ Det utgjør ca. 4,3 millioner i utgifter som må kompenseres.

- **NMF krever at disse 4,3 millionene legges til i årets ramme.**

KOMPENSASJON FOR PRISSTIGNING MEDLEMSKAP I HELSENETT

Prisen for medlemskap i Helsenett er nå 1633 kr/måneden¹², en økning på 22,5 % fra i fjor. I fjor økte H2a-taksten med 6,7 %. NMF krever at differansen (22,5 – 6,7=) 15,8 % kompenseres.

- **NMF krever at H2a-taksten økes med 15,8 %, og at rammen tilføres 6 millioner kroner.**

¹⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/11417/>

¹¹ Pris for et lite virtuelt møterom, 81 kr + mva. = 101 kr

¹² <https://www.nhn.no/medlemskap-og-helsenettforbindelse/avtaler-vilkar-og-priser>

DEN ØKONOMISKE RAMMEN

INNETKTSELEMENTET

NMF legger oppgjøret i sammenlignbare sektorer til grunn.

KOSTNADSELEMENTET

KPI MÅ GJENSPEILE STRØMSTØTTEORDNINGENS BREMSSENDE EFFEKT

SSBs delindeks i KPI for «bolig, lys og brensel» bygger på prisutviklingen i husholdningene.

Regjeringen har innført en strømkompensasjonsordning for private husholdninger, landbruket og frivilligheten.¹³ En kostnadskompensasjon som tar utgangspunkt i KPI vil derfor ikke være reell for klinikkene, da avtaleterapeutene ikke har strømsøtteordning. De kan heller ikke skyve høyere strømkostnader over på pasientene i form av økte egenandeler.

Strømsøtteordningene for privatpersoner og andre grupper har en målbar effekt på KPI i Revidert Nasjonalbudsjett og på SSBs tall på delindeksen «bolig, lys, brensel».

- **NMF krever at tallene som brukes i kategoriene «annet» og «lokaler, lys, varme» i kostnadskomponenten gjenspeiler kostnadsutviklingen uten strømsøtteordningenes bremsende effekt.**

KOSTNADER FORBUNDET MED KOMMUNIKASJON PÅ HELSENETT

H-takstene er ikke inntektsgivende og aktivitetsavhengige takster i egentlig forstand, men en delvis kompensasjon for *faktiske* utgifter terapeutene har ved lovpålagt oppkobling til og drift av helsenett. Denne kostnadsdekningen skaper ikke inntekter og vil, dersom den påvirker rammen, føre til en direkte reduksjon av terapeutenes avtalte takstbaserte inntektsutvikling. H-takstene må derfor holdes utenfor ordinær takst-ramme.

NMF krever at

- **H-takstene holdes utenfor rammen og følge prisutviklingen**

¹³ <https://www.regjeringen.no/contentassets/1d41759d236b43b69f573838f59b2a81/horingsnotat-forslag-til-endringer-i-midlertidig-lov-om-stonad-til-husholdninger-som-folge-av-ekstraordinare-stromutgifter-med-forskrifter.pdf>

UNDERSØKELSESTAKSTENE

Gode undersøkelser er en forutsetning for at riktig behandling kan iverksettes i tidlig fase, og derigjennom realisere viktige helsepolitiske mål som å redusere ventelister, sykepengeutbetalinger og forhindre overbehandling. Dessuten vil det føre til at flere pasienter kan få et behandlingstilbud.

Manuellterapeutenes undersøkelsestakster, A1d og f, samt A1h har hatt en svakere utvikling enn fysioterapeutenes undersøkelsestakster. Spesielt gjelder det A1h.

Tabell 2. Utvikling av undersøkelsestakster for fysioterapeuter og manuellterapeuter 2018/2019-2023/2024. Prosentvis endring.

Undersøkelse	
Fysioterapeuters takstutvikling	
A1a	20,85 %
A1c	20,81 %
Manuellterapeuters takstutvikling	
A1d *	19,49 %
A1f *	19,13 %
A1h	18,84 %
*) Kan også brukes av fysioterapeuter med rett til å bruke A9, A2k og ved undersøkelse av barn under 16 år	

- NMF krever at A1h gis et tillegg som alene kompenserer for mindreutviklingen av takst A1d, A1f og A1h siden 2018.
- A1h gis videre en prosentuell økning tilsvarende gjennomsnittet av påslaget på de andre takstene.

BEHANDLINGSTAKSTENE A8

Bruk av manuellterapeuter bidrar til kortere behandlingsforløp, reduserte ventelister og totalt sett mer kostnadseffektiv behandling, jamfør rapporten «Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapiområdet», Oslo Economics (2021).

Manuellterapeutenes behandlingstakster har over en årrekke hatt langt svakere utvikling enn de øvrige behandlingstakstene.

Tabell 3. Utvikling av behandlingstakster for fysioterapeuter og manuellterapeuter 2018/2019-2023/2024. Prosentvis endring.

Lengde	Takst	Endring
Fysioterapi		
20 min	A3a	28,30 %
30 min	A3a+A3b	27,78 %
40 min	A3a+2A3b	27,51 %
60 min	A3a+4A3b	27,23 %
Manuellterapi		
20 min	A8a	21,54 %
30 min	A8a+A8b	21,95 %
40 min	A8a+2A8b	22,18 %
60 min	A8a+4A8b	22,41 %

- NMF krever at A8a gis et tillegg som alene kompenserer for mindretviklingen siden 2018.
- A8a gis videre en prosentuell økning tilsvarende gjennomsnittet av påslaget på de andre takstene.
- NMF krever at de første 6 behandlingene prioriteres med en høyere takst.

ENKEL PASIENTKONTAKT

Manuellterapeuter har ofte behov for korte kontakter med pasientene for å formidle prøvesvar og forklare konsekvensene av disse.

Taksten brukes i stor grad ved telefonkontakt med pasienten, og er derfor spesielt egnet for å unngå unødige konsultasjoner med oppmøte.

NMF krever at takstbeskrivelsen jevnføres med legenes 1ad takst, Enkel pasientkontakt.

- NMF krever at takst A4 Enkel pasientkontakt prioriteres.
- Takstbeskrivelsen skal lyde (tilsvarende «Enkel pasientkontakt» hos legene):
Enkel pasientkontakt ved personlig frammøte eller ved bud. Taksten forutsetter at det gis råd/veiledning. Gjelder også når kontakten/forespørselen resulterer i skriving av sykmelding, rekvisisjon eller henvisning.

SAMHANDLINGSTAKST E51 C

Bedre samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten vil kunne stimulere til mer effektiv behandling og forhindre overbehandling. For å oppnå dette bør taksten for henvisninger og rekvireringer styrkes.

- **NMF krever at takst E51c prioriteres.**

NY KOMPETANSETAKST

For å bidra til forskning, og at forskningen kan bli mer klinisk relevant, bør det etableres en ny takst til de som har doktorgrad og driver forskning eller forskningsveiledning.

Taksten tilsvare legenes takst 2p, som lyder:

Tillegg til konsultasjonstakst for allmennlege som har medisinsk doktorgrad eller graden Ph.d. Det er en forutsetning at legen fortsatt driver forskning eller forskningsveiledning.

Honorar 20 kr. Refusjon 20 kr.

- **NMF krever en ny takst til de som har doktorgrad og driver forskning eller forskningsveiledning. Taksten kan kombineres med alle undersøkelses- og behandlingstakster.**

PROFESJONSNØYTRALE TAKSTER – BRUK AV ANNET FAGPERSONELL

For å støtte deling av oppgaver med andre yrkesgrupper, bør man åpne for mer delegering og innføring av profesjonsnøytrale takster.

E51a lyder:

Telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon med annet fagpersonell om enkeltpasient. Taksten kan ikke benyttes ved mottak og lesing av tilsendt dokumentasjon som epikriser, henvisninger, svar på røntgenundersøkelser mv.

Annet personell enn manuellterapeuter kan eksempelvis foreta telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon med annet fagpersonell om enkeltpasient. Dette vil være nyttig for å kunne innhente prøvesvar, epikriser i forkant av undersøkelser/utredning, ved purringer og svar mv.

Ved å frigjøre tid som brukes til denne type pasientarbeid, vil man legge til rette for økt behandlingskapasitet.

- **NMF krever at takst E51a kan benyttes av annet personell ved kommunikasjon med annet fagpersonell om enkeltpasient.**

UTVIDELSE AV KRITERIER FOR Å UTLØSE TAKST D40

Pasienter som trenger pasienttransport vil i stor grad være dekket av dagens D40-takst, fordi de er rullestolbrukere eller over 80 år. Pasienter som ikke fyller disse kriteriene, vil kunne ha et like stort medisinsk behov for pasientreiser.

- **NMF krever at takst D40 også kan benyttes når klinikken bestiller pasienttransport.**

ULTRALYDDIAGNOSTIKK

Det ble i 2020 etablert en takst på 200 kr for ultralyddiagnostikk. Taksten er bare mulig å utløse 2 ganger per år. Dette er i mange tilfeller en for streng begrensning, og kan forhindre medisinsk begrunnet kontrollundersøkelse eksempelvis ved tilbakefallsproblematikk.

- **NMF krever at taksten prioriteres og at den skal være mulig å utløse 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår.**

ULTRALYDVEILEDETE INJEKSJONER

Samhandlingsreformen har som mål å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten, og at kompetansen til helsepersonell skal tilpasses de nye kravene som stilles i fremtiden. I denne forbindelse har mange manuellterapeuter tatt i bruk ultralydveilede injeksjoner for diagnostisering og behandling. Dette reduserer kostnader og tidsbruk for samfunnet i alminnelighet, og pasientene i særdeleshet. Det er derfor et særskilt behov for å få på plass en takst som reflekterer en faktisk og ønsket behandling. Pasienter må nå ofte henvises til spesialisthelsetjenesten for å få denne typen undersøkelse og behandling. Manglende takst for injeksjonsbehandling fører til unødig belastning på spesialisthelsetjenesten. Innføring av slik takst vil styrke kompetansen i primærhelsetjenesten og gi pasientene et bedre tilbud.

- **NMF krever takst for ultralydveiledet injeksjon i forbindelse med undersøkelse og/eller behandling.**

Det må stilles utdanningskrav til de som utfører injeksjonsbehandling. Allerede i 2017 utviklet NMF «Retningslinjer for bruk av injeksjoner innen manuellterapi.» Retningslinjene forutsetter at «Videreutdanning i injeksjoner i muskelskjelettapparatet for helsepersonell» (MANTINJ663) er gjennomført før manuellterapeuten utfører injeksjoner. NMF foreslår at denne eller tilsvarende utdanning skal være obligatorisk for å utløse taksten.

Retningslinjene, som senest ble revidert i 2021, beskriver også prosedyrer innen injeksjonsbehandling, herunder samarbeid med lege og nødprosedyrer. Retningslinjene er utarbeidet av en komité som bl.a. har konsultert tidligere medisinsk fagdirektør Steinar Madsen i Legemiddelverket som ekstern fagperson.

EPJ-LØFT FOR FYSIOTERAPEUTER OG MANUELLTERAPEUTER

NMF viser til arbeidet som er startet opp. Flere av prosjektene som er igangsatt vil være nyttige for pasientbehandlingen og vi støtter en videreføring av EPJ-løftet.

Det er et underforbruk av H2a og b, fordi ikke alle husker på å kreve disse takstene. Problemet med underforbruk kan løses ved å legge inn en automatisk funksjon i behandlernes EPJ som produserer et månedlig krav om kompensasjon. EPJ-løftet for fysioterapeuter og manuellterapeuter er en arena hvor dette spørsmålet kan tas opp.

- **Vi krever at videre drift av EPJ-løftet finansieres av staten/KS med 3 millioner kroner.**

FORBEHOLD OM ENDRINGER

NMF tar forbehold om nye/endrete krav.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne, leder