Medlem av
Landsorganisasjonen i Norge

Member of The Norwegian
Confederation of Trade Unions

KRAV TIL FORHANDLINGER OM DRIFTSTILSKUDD OG HONORARTAKSTER 22.04.2025

Norsk Manuellterapeutforening. Postadresse: Torggata 12, 0181 Oslo. Organisasjonsnummer: 989 617 540
Telefon: 22 60 14 00 Nett: www.manuell.no E-post: post@manuell.no

INNHOLD

Krav til forhandlinger om driftstilskudd og honorartakster 22.04.2025 1
Sammendrag – Økonomisk ramme 3
Grunnlag for kravene 4
Takstendringer må bidra til realisering av helsepolitiske mål 4
Effektivitet 4
Den økonomiske rammen 8
Inntektselementet 8
Kostnadselementet 8
Undersøkelsestakstene 9
Behandlingstakstene A8 10
Merknad A1 10
Enkel pasientkontakt 10
Samhandlingstakst E51 c 11
Riksrevisjonens funn (2018): 11
Ventetidsløftet 12
D40 – komplekse pasienter 12
Ny kompetansetakst 12
Spesialister i manuellterapi må reflekteres i takstsystemet 13
Profesjonsnøytral E51a – Bruk av annet fagpersonell 14
Ultralyddiagnostikk 14
Ultralydveiledete injeksjoner 15
EPJ-løft for fysioterapeuter og manuellterapeuter 15
Forbehold om endringer 16

SAMMENDRAG – ØKONOMISK RAMME

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%.

Kostnader som ikke fanges opp av SSBs indekser, tas inn som et særskilt punkt.

NMF krever at følgende kostnader kompenseres ved at 122,6 millioner kroner tilføres rammen:

- Mindreutvikling i forhold til sammenlignbare grupper: 116,4 millioner kroner
- Kompensasjon virtuelt møterom 6,2 millioner kroner

C. PRIORITERINGER, TAKSTER, FOND, EPJ-LØFTE

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

Takster – prioriteringer

1. Undersøkelsestakstene prioriteres.
2. Samhandlingstaksten E51c prioriteres.

3. A4 Enkel pasientkontakt prioriteres.
4. A8a-taksten prioriteres.
   - De seks første behandlingene honoreres høyere enn de påfølgende behandlingene

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.

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 samhandlingsplan[1] (NHS) og Helsepersonellkommisjonen[2] viser til at den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor, er at det blir færre ansatte per pasient.

Manuellterapeuters kompetanse på muskel-/skjelettområdet kan utnyttes bedre.

Manuellterapeuter har avansert kompetanse som kan avlaste og komplettere både fastlegene og spesialisthelsetjenesten på dette området. Ifølge Ekspertutvalgets rapport[3], Nasjonal helse- og samhandlingsplan og Helsepersonellkommisjonsrapporten kan og bør mange oppgaver løses av flere personellgrupper, under forutsetning av at forsvarlighetskravet ivaretas. God dimensjonering og rimelige driftsvilkår for manuellterapeuter støtter opp under en mer bærekraftig primærhelsetjeneste.

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]

Ved å utvikle takstsystemet – eksempelvis med å styrke undersøkelses- og kommunikasjonstakstene – kan man legge til rette for kostnadseffektiv behandling og mer effektiv bruk av ressurser/personell.

OVERBEHANDLING MÅ UNNGÅS

Helsepersonells innsats må forbeholdes situasjoner hvor helsehjelp er nødvendig. Overbehandling må unngås, ikke bare fordi det gjør at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for flere, men også fordi overbehandling i verste fall kan være skadelig. 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.»*

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

[2] NOU 2023/4 Tid for handling

[3] Ekspertutvalgets rapport: Gjennomgang av allmennlegetjenesten, 2023

[4] NOU 2023:4 Tid for handling, Helsepersonellkommisjonen, side 13.

Det bør vurderes mekanismer i takstsystemet som gir bedre uttelling for korte behandlingsserier.

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. [5]

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. Man må 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 uførepensjoneringer. 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.[6]

Ekspertutvalget 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.[7]

Som følge av samhandlingsreformen forventes det at *flere* pasienter diagnostiseres og behandles 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.

---

[5] NOU 2023/4 Tid for handling, s. 16

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

[7] Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport, 18. april 2023

KOSTNADSEFFEKTIVITET PÅ OMRÅDET

Manuellterapeuter har behandlingsserier som i gjennomsnitt ligger på vel 12 behandlinger. 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[8] 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. En tydelig økning av 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 å vurdere om behandling skal igangsettes, hva som eventuelt er den mest effektive behandlingsformen – og om pasienten bør 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:

- Undersøkelsestakster 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.

KOSTNADSKOMPENSASJON MÅ VÆRE REELL

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

Kostnadsmodellene som har vært brukt de siste årene har ikke på langt nær kompensert utviklingen av de reelle kostnadene.

[8] For eksempel: Linton SJ, Hellsing AL, Andersson D. A controlled study of the effects of an early intervention on acute musculoskeletal pain problems. Pain. 1993 Sep;54(3):353-359. doi: 10.1016/0304-3959(93)90037-P. PMID: 8233552.

Når kostnadskompensasjonen ikke har vært reell de siste årene, har avtaleterapeutene måttet redusere bruk av hjelpepersonell, både til merkantile tjenester, vask, vedlikehold m.v.

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

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 arbeidsdagen av stadig nye administrative forpliktelser. Sammen med kjente tidstyver medfører denne utviklingen et stadig høyere arbeidspress og lavere inntekter per arbeidet time.

INNTEKTSUTVIKLINGEN FOR FYSIOTERAPEUTER OG MANUELLTERAPEUTER VS. SAMMENLIGNBARE GRUPPER

Tall fra SSB (https://www.ssb.no/statbank/table/11417) viser at avtaleterapeutenes samlede avtalte inntektsutvikling har vært lavere enn lønnsutviklingen i de fleste andre næringer.

I perioden 2019–2024 har *lønnsveksten for yrkene i helse- og sosialtjenestesektoren* vært på 26,37 %, mens avtaleterapeuter har hatt en inntektsvekst på 22,77 %.

Denne systematiske mindreutviklingen kan føre til lavere rekruttering og svekket økonomisk bærekraft for avtaleterapien.

Ved å likestille inntektsutviklingen med sammenlignbare helseyrker, sikrer man at sektoren forblir attraktiv. Det gir forutsigbarhet for de kommunale avtalene og innbyggerne.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Helse- og sosialtjenester	3,70 %	2,30 %	3,30 %	4,00 %	5,30 %	5,30 %		
Fysioterapi og manuellterapi	0,70 %	1,34 %	4,80 %	4,48 %	6,94 %	2,74 %		
Helse- og sosialtjenester	100,00	103,70	106,09	109,59	113,97	120,01	126,37	
Fysioterapi og manuellterapi	100,00	100,70	102,05	106,95	111,74	119,49	122,77	3,60 %

Tabell 1. Lønnsutvikling 2017-2024 innen helse- og sosialtjenesteområdet ifølge SSB (https://www.ssb.no/statbank/table/11417/), samt avtalt rammeøkning for fysioterapeuter og manuellterapeuter samme periode.

3,60 % av 3 229 960 738 kroner utgjør 116,4 mill. kroner.

Fysioterapeuter og manuellterapeuter bør ha samme inntektsutvikling som ellers er vanlig i

sektoren. Vi krever at dette kompenseres ved at årets ramme økes med 3,60 % eller 116,4 millioner kroner.

- **Vi krever at 116,4 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 144 kr inkl. mva.[9] Det utgjør ca. 6,2 millioner i utgifter som må kompenseres.

- **NMF krever at disse 6,2 millionene legges til i årets ramme.**

DEN ØKONOMISKE RAMMEN

INNTEKTSELEMENTET

NMF legger oppgjøret i sammenlignbare sektorer til grunn.

KOSTNADSELEMENTET

KPI MÅ GJENSPEILE STRØMSTØTTEORDNINGENS BREMSENDE EFFEKT

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

Strømstøtteloven gir strømkompensasjon for private husholdninger.[10] En kostnadskompensasjon som tar utgangspunkt i KPI vil derfor ikke være reell for klinikkene, da avtaleterapeutene ikke er omfattet av strømstøtteordningen. De kan heller ikke skyve høyere strømkostnader over på pasientene i form av økte egenandeler.

Strømstøtteordningene for husholdningene har en målbar effekt på KPI i Revidert Nasjonalbudsjett og på SSBs tall på delindeksen «bolig, lys, brensel».

---

[9] Pris for et lite virtuelt møterom, 115 kr + mva. = 143,75 kr

[10] 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

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

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. Taksten gjelder også behandling av barn under 16 år.

En økning av taksten vil føre til at flere pasienter, herunder barn, kan få et behandlingstilbud.

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

***Tabell 2**. Utvikling av undersøkelsestakster for fysioterapeuter og manuellterapeuter 2018/2019-2024/2025. Prosentvis endring.*

Undersøkelse	
Fysioterapeuters takstutvikling	
A1a	*24,10 %*
A1c	*22,82 %*
Manuellterapeuters takstutvikling	
A1d *	*22,56 %*
A1f *	*20,22 %*
A1h	*21,74 %*
**) Kan også brukes av fysioterapeuter med rett til å bruke A9, A2k og ved undersøkelse av barn under 16 år*	

NMF krever at A1d, A1f og A1h prioriteres.

BEHANDLINGSTAKSTENE A8

Manuellterapeutenes behandlingstakster har over en årrekke hatt langt svakere utvikling enn de øvrige behandlingstakstene. Tabell 3 viser utviklingen de siste 7 årene.

Tabell 3. *Utvikling av behandlingstakster for fysioterapeuter og manuellterapeuter 2018/2019-2024/2025. Prosentvis endring.*

Lengde	Takst	Endring
Fysioterapi		
20 min	A3a	*32,08 %*
30 min	A3a+A3b	*31,62 %*
40 min	A3a+2A3b	*31,39 %*
60 min	A3a+4A3b	*31,15 %*
Manuellterapi		
20 min	A8a	*25,00 %*
30 min	A8a+A8b	*22,49 %*
40 min	A8a+2A8b	*23,22 %*
60 min	A8a+4A8b	*23,99 %*

- **NMF krever at A8a prioriteres.**
- **NMF krever at de første 6 behandlingene prioriteres med en høyere takst.**

MERKNAD A1

Mye pasientrettet arbeid kan med fordel gjøres uten pasienten til stede.

En undersøkelse kan eksempelvis resultere i at pasienten skal ha treningsrelatert behandling videre. Utarbeidelse av treningsprogram tilpasset den aktuelle pasient kan ta en del tid, og bør kunne gjøres uten at pasienten er til stede.

- **NMF krever at merknad A1 endres slik at dokumenterbart behandlingsrettet arbeid som gjøres uten pasienten er til stede kan honoreres med behandlingstakst.**

ENKEL PASIENTKONTAKT

Ifølge funksjons- og kvalitetsforskriften skal manuellterapeuter og fysioterapeuter «motta henvendelser i sin åpningstid, og plikter å vurdere alle henvendelser». Manuellterapeuter har dessuten ansvar og fullmakter innen muskel- og skjelettområdet som er sammenlignbare med legenes. Yrkesgruppen har en selvstendig primærkontakt- og portnerfunksjon i kommunehelsetjenestens førstelinje, utfører diagnostisering, henviser og sykmelder og koordinerer tjenestene for pasientene. Pasienter som er under oppfølgning, har ofte behov for korte kontakter for å gjennomføre et undersøkelse- eller behandlingsopplegg.

- **NMF krever at takst A4 Enkel pasientkontakt prioriteres.**

For å tydeliggjøre at taksten kan brukes ved sykmelding, bør dette tilføyes eksplisitt.

- **NMF krever at teksten til A4 tydeliggjøres slik (jf. rød tekst):**

  Enkel pasientkontakt ved brev, telefonsamtale eller elektronisk kommunikasjon (sikkerhetsnivå 4). Taksten forutsetter at det gis råd/veiledning eller sykmelding. Taksten kan ikke benyttes når kontakten/forespørselen resulterer i skriving av rekvisisjon eller henvisning. Taksten kan heller ikke benyttes ved kontakt av administrativ karakter, f.eks. ved bestilling, endring eller avbestilling av time.

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.

Riksrevisjonen har belyst utfordringer knyttet til henvisningspraksis i helsetjenesten, med særlig fokus på kvalitet, samarbeid og ressursbruk.

RIKSREVISJONENS FUNN (2018):

- **Unødvendige henvisninger:** Over 25 % av fastlegene henviser jevnlig pasienter til spesialisthelsetjenesten uten forventning om medisinsk nytte. Samtidig tar omtrent 33 % av sykehuslegene imot pasienter til utredning selv når henvisningen indikerer at det ikke er nødvendig.
- **Varierende henvisningspraksis:** Det er betydelige forskjeller i henvisningsrater mellom kommuner og fastleger, som ikke fullt ut kan forklares av demografiske eller strukturelle faktorer.
- **Mangelfull informasjon:** Halvparten av sykehuslegene opplever at henvisninger ofte mangler tydelig begrunnelse for behovet for spesialistbehandling, og 90 % rapporterer stor variasjon i henvisningskvalitet.
- **Uklare ansvarsforhold:** Det er uklarhet om hvem som har ansvar for å følge opp fastlegenes henvisningspraksis, og mange fastleger er ikke kjent med innholdet i henvisningsveilederen.

VENTETIDSLØFTET

I arbeidet med å redusere ventetidene legges det vekt på flere tiltak som påvirker kvaliteten på henvisninger og rekvisisjoner:

- **Vurdering og prioritering av henvisninger**: Det er viktig å sikre at riktige pasienter står på venteliste. Dette innebærer en grundig vurdering og prioritering av henvisninger for å sikre at de som har størst behov for helsehjelp får det innen forsvarlig tid.
- **Kvalitetssikring av ventelister**: Gjennomgang og oppdatering av ventelister bidrar til å sikre at informasjonen er korrekt og at pasientene får den helsehjelpen de trenger.
- **Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten**: Bedre samhandling mellom disse nivåene i helsetjenesten er viktig for å utnytte kapasiteten effektivt og sikre at henvisninger er av høy kvalitet.

Disse tiltakene viser at kvaliteten på henvisninger og rekvisisjoner er en viktig faktor i arbeidet med å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten.

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

D40 – KOMPLEKSE PASIENTER

Pasienter med komplekse tilstander – f.eks. som følge av hodeskade eller alvorlig sykdom – og svært reduserte pasienter, krever ofte lengre tid pr. behandling.

- NMF krever at D40 kan benyttes ved behandling av pasienter med komplekse tilstander.

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 tilsvarer 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 veiledning av Ph.d.-kandidater.*
> *Honorar 20 kr. Refusjon 20 kr.*

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

SPESIALISTER I MANUELLTERAPI MÅ REFLEKTERES I TAKSTSYSTEMET

Spesialister i manuellterapi har gjennomgått en omfattende, målrettet etter- og videreutdanning som gir avansert kompetanse innen klinisk vurdering, undersøkelse og beslutningstaking. [11]

Spesialistkompetansen bedrer evnen til å identifisere sammensatte problemstillinger, vurdere alvorlighetsgrad og gjøre informerte valg om videre behandling, oppfølging eller henvisning. En spesialist i manuellterapi kan bidra til mer treffsikre diagnoser, pasientforløp og riktig bruk av helsetjenestens ressurser.

I dag skiller ikke takstsystemet mellom manuellterapeuter med og uten spesialistgodkjenning. Dette til tross for at kompetansen spesialistene har, gir gevinst for pasientene og bedre ressursutnyttelse i helsevesenet.

NMF mener det er på tide at spesialistrollen hos manuellterapeuter anerkjennes. Et kompetansetillegg for spesialister, som A2k for manuellterapeuter, vil bidra til:

- Styrket pasientbehandling. Økt kvalitet på vurderinger og tiltak, gir kortere behandlingsforløp og bedre resultater.
- Presise og effektive behandlingsforløp. Raskere identifisering av hvilke pasienter som bør viderehenvises og hvem som kan følges opp i primærhelsetjenesten. Reduserer unødvendig ressursbruk og bedrer samhandling. Bidrar til klokere valg og reduserte ventetider i spesialisthelsetjenesten.
- Stimulerer til kompetansehevning. Når spesialistkompetansen verdsettes økonomisk, vil flere manuellterapeuter motiveres til å gjennomføre kompetanseløftet og oppnå tittelen spesialist i manuellterapi. Dette vil styrke hele fagmiljøet og bidra til økt kapasitet i helsetjenesten.

Krav til bruk av kompetansetakst A2K
Norsk Manuellterapeutforening krever at manuellterapeuter med godkjent spesialitet i henhold til NMFs spesialistordning, eller med dokumentert tilsvarende kompetanse, skal ha rett til å benytte kompetansetakst A2K.

Vurdering og godkjenning av kompetanse skal foretas av enten NMF eller NFF. Det påligger den enkelte manuellterapeut å dokumentere sin spesialistgodkjenning overfor Helseøkonomiforvaltningen før taksten tas i bruk.

Taksten forutsetter samtidig bruk av enten A8a eller A8b, i tråd med gjeldende regelverk.

[11] Krav til spesialist i allmennmanuellterapi, se https://manuell.no/spesialistordning/?Article=72

PROFESJONSNØYTRAL E51A – BRUK AV ANNET FAGPERSONELL

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

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 på klinikken 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 på manuellterapiklinikken ved kommunikasjon med annet fagpersonell om enkeltpasient.**

Lesing og tolking av tilbakemeldinger fra f.eks. radiologi, utredninger/epikriser fra sykehus etter operasjoner osv. tar mye tid, men er ikke dekket av noen takst så lenge pasienten ikke er til stede.

> **NMF krever at setningen «Taksten kan ikke benyttes ved mottak og lesing av tilsendt dokumentasjon som epikriser, henvisninger, svar på røntgenundersøkelser mv.» strykes.**

ULTRALYDDIAGNOSTIKK

A1i ble innført i 2020. Honorartaksten har vært 200 kr til den ble justert opp med 3 kr i 2024. A1i har dermed blitt justert med 1,5 % siden taksten ble innført. Rammen har i samme periode økt med 20,3 % – dvs. at takstutviklingen har vært 18,8 % dårligere enn rammen. Dersom taksten skulle hatt lik utvikling som rammen, skulle den ha vært 238 kr.

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	
Honorartakst, A1i	200	200	200	200	203	
Prosentuell endring takst		0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,50 %	
Avtalt rammepåslag		4,80 %	4,48 %	6,94 %	2,74 %	
Indeks, honorartakst A1i	100,00	100,00	100,00	100,00	101,50	
Indeks, endring av ramme	100,00	104,80	109,50	117,09	120,30	18,80 %

Gitt samme endring som ramme skulle takst A1i være kr 238.

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 ultralydveiledete 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.**

Det må stilles utdanningskrav til de som utfører injeksjonsbehandling. Allerede i 2017 utviklet NMF «Retningslinjer for bruk av injeksjoner innen manuellterapi.» Retningslinjene, som revideres i 2025, forutsetter at «*Videreutdanning i injeksjoner i muskelskjelettapparatet for helsepersonell*» (MANTINJ663 ved Universitetet i Bergen) er gjennomført før manuellterapeuten utfører injeksjoner. OsloMet har i 2025 etablert en tilsvarende videreutdanning for manuellterapeuter. NMF foreslår at disse eller tilsvarende utdanninger skal være obligatoriske for å utløse taksten.

Retningslinjene 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.

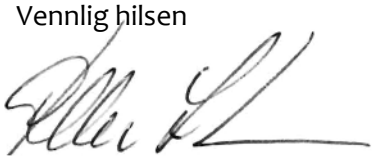
Det er et underforbruk av H2a og b, fordi ikke alle husker på å kreve disse takstene. Problemet med underforbruk kan løses ved å legge inn en automatisk funksjon i behandlernes EPJ som produserer et månedlig krav om kompensasjon. EPJ-løftet for fysioterapeuter og manuellterapeuter er en arena hvor dette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

- **Vi krever at EPJ-løftet videreføres.**

FORBEHOLD OM ENDRINGER

NMF tar forbehold om nye/endrete krav.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne, leder