

Norsk forening for integrativ terapi

Medlem av Akademisk Studieforbund:



Hørings svar til: Forslag om merverdiavgiftsplikt på alternativ behandling, og kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling

Følgende høringssvar skrives på vegne av Norsk forening for integrativ terapi (NFIT) – som er en utdanningsinstitusjon og medlems- og interesseorganisasjon for integrative terapeuter. Vi stiller oss sterkt kritiske til konsekvensene av, og argumentasjonen for, forslaget om merverdiavgiftsplikt når det gjelder tjenester definert som alternativ behandling og som dermed berører oss. Våre konklusjoner kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- **forslaget medfører uakseptable negative konsekvenser for våre klienter**
- **det møter ikke intensjonen om å sikre kvalitet og seriøsitet blant utøvere utenfor det offentlige helsevesen - noe som lå bak da moms fritaket og arbeidet i SABORG startet for snart 20 år siden**
- **det kan lede til en feilaktig oppfatning av alle alternative tjenester som useriøse**
- **det er i strid med myndighetens satsning på lavterskel psykisk helse**

Mva-fritaket for alternativ behandling bør derfor beholdes – og i hvert fall beholdes inntil man finner en løsning som kompenserer for disse konsekvensene.

I det følgende vil vi utdype våre synspunkter gjennom en beskrivelse av hva integrativ terapi er, samt refleksjoner rundt hvordan vår virksomhet rammes og hvilke konsekvenser det kan antas å få.

Integrativ terapi – en solid psykoterapeutisk utdanning

Integrativ terapi er en solid teoretisk og faglig forankret psykoterapeutisk retning. NFIT er både en utøverorganisasjon og en utdanningstilbyder, tilknyttet Norsk forbund for psykoterapi (NFP), som stiller klare krav til medlemsorganisasjonenes utdanningsinnhold og -nivå (NFP, 1998). Vår forening (NFIT) er også tilsluttet EAIT (The European Association for Integrative Therapy and Supervision).

Våre studenter tas opp på bakgrunn av et minimumskrav om en bachelorgrad innen helse- eller sosialfaglige studier eller tilsvarende, og er bygd opp etter mønster fra

masterstudiet i Integrativ terapi i Krems, Østerrike. Utdanningen i integrativ terapi er statlig anerkjent i Østerrike, Sveits og Tyskland. I Østerrike og Sveits er dette et universitetsstudium som teller som spesialistutdanning for psykologer.

Første halvdel av vår utdanning har i flere år blitt tilbudt av Universitetet i Sørøst-Norge (60 stp over to år, dvs deltidsstudie 50%). Den andre halvdelen rettet mot psykoterapeutisk yrkesutøvelse og veiledning drives i regi av NFIT (også tilsvarende to år deltidsstudie). Dette gir en utdanning tilsvarende 4 års deltidsstudie (50%) som gir tittelen Integrativ psykoterapeut. Undervisningen og det faglige grunnlaget som utdanningen bygger på, og som vises i studieplanen, tilfredsstillende kravene Universitetet i Sørøst-Norge har til mastergradsnivå (Studieplan: NFIT, 2017). Siste halvdel av studiet undervises bl.a. av professor i psykologi fra Universitetet i Krems, Østerrike (Rammeplan: NFIT, 2018).

I vår utdanning kreves i tillegg et omfattende og langvarig arbeid med seg selv i form av egenerapi, deltakelse i kroppsorienterte tilnærminger og aktiviteter, og via selverfaring i gruppe. Det handler om å oppleve og lære fra metodene og de terapeutiske intervensjonene som studentene selv skal lære å utøve i forhold til andre (Sjøberg, 2005). Etter det vi erfarer stilles ikke tilsvarende krav i utdanninger som leder til offentlig godkjent helsepersonell. Våre privatpraktiserende terapeuter må videre oppfylle krav til årlig profesjonell faglig oppdatering (PFO), som inkluderer regelmessig veiledning.

Noen av våre terapeuter er ordinære helsearbeidere. Vi mener imidlertid at gjennom vår utdanning og våre krav til kontinuerlig profesjonell faglig oppdatering, vil alle våre terapeuter være rustet til å utøve helserelaterte tjenester av høy kvalitet og verdi for folk med psykiske plager.

Vi er overbevist om at fremtidens behandlingsformer innen psykisk helse vil kreve solid profesjonsfaglig kompetanse og evne til samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer (Vatnøy og Sjøberg, 2018). St. meld. nr. 13 (Kunnskapsdepartementet, 2012) presiserer at helse- og velferdsutdanningene må være i stand til å ta opp i seg nye kompetansebehov, og det er lagt vekt på kunnskap som innebærer forebygging, rehabilitering og brukermedvirkning. Integrativ terapi er en integrasjonsmodell som søker å ta vare på ulike retningers styrker for å motvirke ensidighet innen behandling, samt sikre de ulike skolers kliniske erfarings- og forskningsgrunnlag, og der det beste i ulike behandlingstradisjoner kan påvirke hverandre gjensidig og høyne perspektivet og kvaliteten på terapeutisk arbeid (Vatnøy og Sjøberg, 2018). Klientene vil derfor i stor grad møte tilsvarende behandlingsformer hos våre terapeuter som i det offentlige helsevesenet.

I høringsnotatet, kap. 2.1.1, står det at "Alternativ behandling blir ofte betraktet som en direkte motsats til den ordinære helse- og omsorgstjenesten / skolemedisinen. Det vil blant annet si at den ikke anses å oppfylle kravene til vitenskapelighet, dokumenterbarhet og / eller systematisk kunnskapsbasert erfaring." Dette er en upresis, folkelig definisjon, som mer definerer hva dette ikke er, enn hva det faktisk er, og vi oppfatter bruken av begrepet som urettmessig og unyansert - særlig når den i praksis ser ut til å legges til grunn i et forslag som det foreliggende. I og med vårt bevisste fokus på vitenskapelighet,

dokumenterbarhet og systematisk kunnskapsbasert erfaring, vil NFIT ikke identifisere seg med en slik definisjon – noe vi bl.a. sammen med andre psykoterapiforeninger i NFP har tydeliggjort i innlegg i Psykologtidsskriftet (Rolfsen & Sjøberg, 2007). Det vi i NFIT derimot finner relevant å identifisere oss med, er Alternativbehandlingslovens: “Helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgssektoren, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell” (Alternativbehandlingsloven, 2004, § 2) – bortsett fra at vi som nevnt også har integrative terapeuter som er autorisert helsepersonell. Vi forholder oss til pålegget om ikke å markedsføre påstander om virkning av våre behandlingstilbud (Forskrift om markedsføring av alternativ behandling, 2003). Samtidig er det viktig å tydeliggjøre den soliditeten og det vitenskapelige bakteppet vi forholder oss til og arbeider innenfor. Det teoretiske grunnlaget for Integrativ terapi bygger på en bio/psyko/sosial/økologisk modell. Bl.a. benytter vi metoder innen anerkjente og forskningsbaserte psykoterapeutiske retninger (bl.a. kognitiv terapi, mindfulness, psykodynamisk forståelse og affektbevissthet og systemisk forståelse).

Om alternativregisteret som ramme for mva-fritak / mva-plikt

Formålet med Alternativregisteret er et ønske om økt profesjonalisering, bedre ivaretagelse av forbrukerhensyn og pasientsikkerhet. Høringsnotatet peker på et ønske om å holde useriøse aktører utenfor registerordningen som en motivasjon for forslaget, men tilkjenner usikkerhet rundt hvordan det kan gjennomføres uten å møte utilsiktede konsekvenser. Vi mener at foreliggende forslag medfører nettopp utilsiktede negative konsekvenser i forhold til Alternativregisterets formål, ved at det foreslås gjennomført bredt og uten differensiering.

Foreliggende forslag ser ut til å ha som utgangspunkt at alle tilbud under Alternativregisteret, er *udokumenterte behandlingsformer* (Aftenposten, 2020). Som allerede beskrevet og begrunnet, er dette ikke tilfelle blant annet når det gjelder integrativ terapi. Dette reflekteres også i utdanningens og våre kollegers status i andre europeiske land, der integrative terapeuter sidestilles med annet helsepersonell. Det kan se som om forslaget forsøker å ivareta dette aspektet, om enn gjennom det vi ser som et underlig unntak, ved at behandlingsformer som prinsipielt er registrert gjennom Alternativregisteret skal være mva-frie dersom de gis innenfor rammene av det ordinære helsevesenet. Dette bidrar ikke til profesjonalisering, men til monopolisering, og det vil gi urimelig forskjellsbehandling. Dette er også i strid med nøytralitetsprinsippet i Merverdiavgiftsloven (2009); samme type tjeneste skal behandles på samme måte uavhengig av hvem som omsetter. I tillegg: dersom en behandlingsform vurderes som useriøs, og det tilbys av en sykepleier, vil ikke det i seg selv kvalitetssikre behandlingen.

Videre ser det ut til å være en intensjon at *useriøse aktører som bare er ute etter avgiftsunntak* skal forsvinne med mva-plikten. En ikke uvesentlig, og etter vårt syn svært uønsket, bieffekt, vil være at også de seriøse aktørene møter store økonomiske utfordringer - og de rammes kanskje i verste fall hardere av det, i og med at man kan tenke seg at de såkalt useriøse aktørene i større grad driver sin virksomhet ved siden av annen inntekt og dermed tåler et klientfracfall bedre. Samtidig kan man tenke seg at de seriøse aktørene i større grad har investert tid og penger i en mer solid utdanning.

I tillegg oppfatter vi en uddifferensiert innføring av mva-plikt for alle tjenester under Alternativregisteret som et signal som forsterker skyggene fra den gamle “kvakksalverloven” der all alternativ behandling stemples som useriøs humbug. Dette er et steg tilbake - ikke fremover - når det gjelder profesjonalisering, utvikling og behovstilpasning i fagfeltet.

Frivillig arbeid – noen paradokser

Selv om vi selvfølgelig også ser verdien av frivillig arbeid i ulike sektorer, blir det også et paradoks for oss når dette forslaget på den ene siden vil fjerne useriøse profesjonelle aktører og tar med seg de seriøse som en bivirkning, samtidig som det signeres en 75 millioners kontrakt for støtte til helsefrivillighet (Stiftelsen DAM, 2020). Selv om fokuset der ikke utelukkende er psykisk helse og psykiske lidelser, kommer man ikke bort fra at det er vesentlige overlapp. En rekke frivillige tilbud spesifikt rettet mot psykisk helse har offentlig støtte, blant annet som et ledd i satsningen på psykisk helse. Forbrukeren møter altså på den ene siden et lett tilgjengelig frivillig støttetilbud der det ikke stilles særlige faglige kompetansekrav til hjelperne, og der det er et uttalt prinsipp om å ikke drive behandling, mens den samme forbrukeren - dersom det foreliggende forslaget innføres - på den andre siden i praksis møter markante begrensninger i mulighetene til å få faglig hjelp før problemene blir store. Erfaring fra kontakt med den aktuelle brukergruppen levner ingen tvil om at dette mellomrommet medfører mye unødvendig lidelse for både brukerne selv og for deres pårørende.

Forbrukerhensyn og pasientsikkerhet

Integrativ terapi er et seriøst og veldokumentert supplement til det ordinære offentlige helsetilbudet og som et tilbud av god kvalitet ved lette og moderate psykiske lidelser. Våre tjenester er å betrakte som et lavterskeltilbud innen psykisk helse, lett tilgjengelig også når problemene blir så omfattende at man prioriteres for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det er kjent at bare et mindretall oppsøker helsevesenet ved opplevde psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2018), fastleger har tildels høy terskel for å henvise videre, og behandling har lang ventetid og innvilges bare for $\frac{2}{3}$ av de henviste (Holman, 2017). Dette er også en del av begrunnelsen for myndighetenes satsning på lavterskel psykisk helsetilbud og nullvisjonen for selvmord. Pasient- og Brukerombudene peker på det samme behovet i en av sine anbefalinger: “Politikere lokalt og nasjonalt må vise vilje til å bevilge ressurser som er nødvendige for å sikre brukere med psykiske helseutfordringer et effektivt, målrettet og individuelt tilpasset tilbud om tjenester” (Hoel, 2020).

I en rapport om årsverk, kompetanse og innhold i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid adresserer SINTEF behovet for å styrke lavterskeltilbudene med tidlig, bred og tilpasset hjelp for å forebygge særlig milde og moderate psykiske lidelser som f.eks. angst og depresjon av mild/moderat grad (Ose, Kaspersen, Ådnes, Lassemo & Kalseth, 2018, s. 68). Det fremheves at: “Økt vektlegging av forebyggingstiltak og tidlig intervensjon kan både fremme helse i befolkningen og redusere sykdomsbelastning for enkeltmennesker,

presset på helsetjenestene og kostnader for samfunnet (St.meld nr. 47, 2008-2009). Dette arbeidet må skje både i og utenfor helsevesenet. God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester (Helsedirektoratet 2010b)” (Ose et al, 2018, s. 64), og videre at “Enkel tilgang til for eksempel samtaleterapi kan være viktige sekundærforebyggende tiltak” (Ose et al, 2018, s. 47). I tillegg, gitt de offentlige helsetjenestenes underkapasitet særlig for de med milde og moderate psykiske helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2015a, s. 68) og nødvendige krav til effektivitet, vil det offentlige behandlingstilbudet kunne bli kortere enn ideelt, noe som igjen kan øke tilbakefallsfrekvensen.

Behov for våre tjenester

Tjenester under alternativregisteret omfattes ikke av driftstilskudd og andre økonomiske insentiver fra det offentlige, og utgifter til behandling må dekkes av klienten selv. De som har økonomisk mulighet til det oppsøker dermed våre tilbud som et midlertidig tilbud i ventetiden, som et alternativ av tilsvarende kvalitet og innhold fordi de ønsker og trenger tilnærminger som ikke finnes i samme grad i det offentlige helsevesen (bl.a. vekt på nonverbale, kroppsorienterte, sansestimulerende, følelsesorienterte og kreative uttrykk/forståelser), samt som et supplement for å få raskere respons, bedre tid, større fleksibilitet, og mer individuell tilpasning. Gjennom vår posisjon utenfor offentlige støtteordninger, har vi også større mulighet til å fokusere ikke bare på behandling, men også på forebygging, rehabilitering og mestring; noe som var en del av intensjonen med det opprinnelige unntaket for helsetjenester i mva-ordningen. Innføring av mva-plikt vil medføre en prisøkning, og dermed en begrensning i tilgjengeligheten.

Mot denne bakgrunn er det altså flere kategorier av klienter som trenger våre psykoterapeutiske tjenester:

- De som ikke ber fastlegen om hjelp. Av ulike grunner er det mange som ikke oppsøker fastlegen til tross for at de strever med psykiske helseutfordringer. I mange tilfeller er det helt riktig: livet har opp- og nedturer, og mye retter seg av seg selv. Men mange frykter avvisning, eller er redde for å ta opp plassen til noen som “virkelig trenger det” (Sundquist, 2019)
- De som ikke får verken hjelp eller henvisning av fastlegen. Det er fastlegene som har det primære ansvaret for behandling av lette og moderate psykiske lidelser, og for å vurdere om du bør henvises videre. Tiden er imidlertid knapp, og kapasitetsproblemer gjør at fastlegen gjerne skulle ha kunnet “henvist til en god samtale”; også fordi det ikke nødvendigvis er leger, psykiatere eller psykologer, eller for den del hjelpetelefoner, som er rette instans for alle de utfordringene som ikke kan prioriteres (Rashidi, 2017).
- De som får sin henvisning avvist (Holman, 2017). Henvisningene vurderes basert på lovverket og Prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015ba). Det er et dilemma at pasienter i noen tilfeller blir kasteballer i henvisningssystemet, fordi de er for syke til å tas hånd om hos fastlegen, men ikke syke nok - alternativt for syke - til å bli prioritert i spesialisthelsetjenesten (Roksund, 2018). Et nylig forslag til

endret regulering av pasientforløp kan gjøre at enda flere avvises (Paulsen, 2020). Avvisning kan få store konsekvenser.

- De som venter på behandling i det offentlige helsevesenet. Ventetiden medfører for det første forlenget lidelse, men har også potensielle negative konsekvenser for motivasjon, relasjoner, arbeidsevne og helse. Flere selvmord skjer i ventetiden (Moland & Hjorthen, 2018).
- De som blir erklært ferdigbehandlet men som fortsatt opplever et behov for hjelp. Overganger i livet er generelt forbundet med økt sårbarhet. Nettopp overgangsfasen fra behandling til å klare seg selv, kan være utfordrende for mange. Ikke alle har et nettverk som kan brukes som "støtdemper", og det er heller ikke alltid at frivillige eller hjelpetelefoner er det riktige valget.
- De som trenger andre tilnærminger enn det som gis i det offentlige (f.eks. mer kropporienterte, følelsesorienterte og /eller kreative tilnærminger)

Oppsummering:

NFIT mener at forslaget medfører uakseptable negative konsekvenser for våre klienter, at det er i strid med myndighetens satsning på lavterskel psykisk helse, at det ikke møter intensjonen om å sikre kvalitet og seriøsitet, og at det fører til en feilaktig oppfatning av alle alternative tjenester som useriøse.

Derfor mener vi at mva-fritaket for alternativ behandling bør beholdes inntil man finner en løsning som kompenserer for disse konsekvensene. Det skal ha kommet tydelig fram i vår uttalelse at integrative terapeuter har sin viktige og rettmessige plass i registeret med tilhørende momsfristak.

Hilsen Norsk forening for Integrativ terapi (NFIT).

www.integrativ-terapi.no

v/ leder Jan Sjøberg, psykologspesialist og integrativ psykoterapeut

jan.sjoberg@online.no

og studieadministratør Berit A. Aanesen, integrativ psykoterapeut

beritaanesen@gmail.com

Kilder:

- Aftenposten (2020, 22. juni). Regjeringen vil innføre moms for alternativ behandling. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/awgP6O/regjeringen-vil-innfoere-moms-for-alternativ-behandling>
- Alternativbehandlingsloven (2004). Lov om alternativ behandling av sykdom mv. (LOV-2003-06-27-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64>

- Folkehelseinstituttet (2018). *Psykiske lidelser hos voksne*. Kapittel i Folkehelseinstituttet: *Folkehelse rapporten*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Forskrift om markedsføring av alternativ behandling (2003). Forskrift om markedsføring av alternativ behandling av sykdom (FOR-2003-12-11-1501). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-12-11-1501>
- Helsedirektoratet (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (IS-2314). Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf
- Helsedirektoratet (2015b). Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Hoel, T.L. (2020). Pasient- og brukerombudenes 10 anbefalinger. Hentet fra: https://erfaringskompetanse.no/nyheter/pasient-og-brukerombudenes-10-anbefalinger/?fbclid=IwAR3Hx1Sjyt_0hRJ9qGK2DuFE12reAccK4TxmvRD9XZF213q_8PrMj1gPgcg
- Holman, P.A. (2017, 15. august). Systemsvikt når hver tredje henviste pasient avvises. *Dagens Medisin, kronikk og debatt*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/15/systemsvikt-nar-hver-tredje-henviste-pasient-avvises/>
- Kunnskapsdepartementet (2012). Utdanning for velferd. (Meld. St. 13 (2011-2012)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Merverdiavgiftsloven. (2009). Lov om merverdiavgift (merverdiavgiftsloven) (LOV 2009-06-19-58). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-06-19-58>
- Moland, A. & Hjorthen, I.R. (2018). NRK avdekker: Selvmord i psykiatrien. Hentet fra: https://www.nrk.no/selvord-i-psykiatrien_-har-brutt-loven-i-91-av-200-saker-1.14295726
- NFIT (2017). Studieplan grunnutdanningen. Hentet fra: <https://portal.styreweb.com/api/files/282458/-ehWYjWYzE2MArr36kBccA/Studieplan%20Psykoterapi-%20Integrativ%20terapi%202017-2019%20Redigert.pdf?DocLinkId=5033&ref=%2fekstra1%2fDel+1+Psykoterapi+Integrativ+terapi%2f>
- NFIT (2018). Rammeplan påbygningsstudiet. Hentet fra: https://portal.styreweb.com/api/files/2094853/5By4qfv0vUW_sVi1vQMgfw/RAMMEPLAN.pdf?DocLinkId=10716&ref=%2fekstra1%2fAvsluttende+psykoterapeut-utdanning%2f
- NFP (1998). Vedtekter. Hentet fra <https://nfpsykoterapi.no/vedtekter/>

- Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Ådnanes, E., Lassemo, E. & Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF rapport 2018-01346). Hentet fra: <https://www.lpp.no/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-SINTEF-des-2018-kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid.pdf>
- Paulsen, C.T. (2020). Forslag til lovendring: flere kan bli avvist. *Bladet for Psykisk helse*. Hentet fra: <https://psykiskhelse.no/bladet/2020/forslag-til-lovendring-0320?fbclid=IwAR3u31YNEmJaPKgRM1>
- Rashidi, K. (2017). Jeg skulle gjerne henvist til en god samtale. *Dagbladet*, meninger, 4. sept. 2017. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/jeg-skulle-gjerne-henvist-til-en-god-samtale/68590934>
- Roksund, G. (2018). Bakerst i køen. Hentet fra: <https://www.varden.no/magasin/bakerst-i-koen/>
- Rolfsen, G. & Sjøberg, J. (2007). "Om benevnelsen psykoterapi". *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 44 nr 6, s. 799. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=228866&a=4
- Stiftelsen DAM (2020, 23. juni). Signerte kontrakt på 75 millioner kroner til helsefrivilligheten. Hentet fra: <https://www.dam.no/2020/06/23/signerte-kontrakt-pa-75-millioner-kroner-til-helsefrivilligheten/>
- Sjøberg, J. (2005). Hvorfor inkluderes egenerapi og selverfaring i psykoterapi-utdanningene i Norsk Forbund for Psykoterapi? I: *Impuls, tidsskrift for psykologi*. (Tema: Egenerapi & egenutvikling) 2 – 50 årg, s. 69-75. Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet fra: <http://www.integrativ-terapi.no/ekstra1/Egenerapi%20kropporientert%20trening%20og%20supervisjon/>
- Sundquist, J. (2019). Hvor mye psykiske plager er for mye? Hentet fra: <https://psykologisk.no/2019/11/hvor-mye-psykiske-plager-er-for-mye/>
- Vatnøy, I. & Sjøberg, J. (2018, 28. nov): Helsetjenester utført av seriøse aktører bør fortsatt være unntatt moms. *Dagbladet*. (Tilsvaret til oppslag i *Dagbladet* 17. november 2018: "Ja til moms på humbug"). Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/helsetjenester-hos-seriose-aktorer-bor-vaere-momsfritt/70500310> (PS: Bildet i innlegget ble ikke valgt av oss og representerer ikke psykoterapi ut fra Integrativ terapi)