

Høringsuttalelse fra Holistisk Forbund (HOF)

Høringsuttalelse til Finansdepartementets forslag om merverdiavgiftsplikt ved omsetning og formidling av alternativ behandling, kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling, saksnr. 19/ 2280 22.06.2020.

Fra hovedstyret i Holistisk forbund, ved fungerende leder, Bente Kvilhaugsvik.

Holistisk Forbund er en livssynsorganisasjon som vil fremme og ivareta individers og gruppers rett og mulighet til å søke og utøve sitt eget livssyn (Holistisk Forbund, 2007). Denne retten til å ha et eget livssyn er en viktig del av demokratiet. Videre i vår formålsparagraf sier vi blant annet at vi vil bygge bro mellom spiritualitet og vitenskap og fremme alternative behandlingsformer og selvutvikling. I dette ligger det flere ting som har betydning for det å ilegge en merverdiavgift (mva) på komplementære og alternative behandlingsformer.

Vårt standpunkt:

Fordi komplementære og alternative medisin (KAM) i all hovedsak har som siktemål å fremme menneskers helse, forebygge sykdom og lindre lidelse mener styret i Holistisk Forbund at en ikke bør gjøre slike behandlingsformer dyrere for samfunnets innbyggere ved at det legges på en merverdiavgift på slike tjenester. Vi er imot innføring av mva på komplementære og alternative behandlingsformer. I stedet bør en legge bedre til rette for samarbeid mellom KAM og det offentlige helsevesenet. Da vil en kunne lære av hverandre, gi hverandre faglige korreks, oppnå positive synergieffekter og unngå negative interaksjoner i de tilfellene der det er fare for det. Vi ber også regjeringen passe på at ikke andre statlige føringer blir svekket gjennom en innføring av merverdiavgift på KAM.

Først våre kommentarer til høringsprosessen, begrep og premissene for diskusjonen:

Høringsnotatet ble lagt ut den 22.06 med høringsfrist den 03.08.2020 Det er Hovedstyret i Holistisk Forbunds oppfatning at det er kritikkverdig og udemokratisk av regjeringen å legge høringen av en så viktig sak midt i sommerferieavviklingen.

I høringsnotatet brukes begrepet *alternativ medisin*. Det er også det begrepet som brukes i Lov om alternativ behandling av sykdom mv. (LOV-2003-06-27-64). Det begrepet som ellers er innarbeidet internasjonalt og nasjonalt i forhold til dette er *complementary and alternative medicine (CAM)/komplementær og alternativ medisin (KAM)*. Alternativ medisin er når klienten velger en behandlingsform som ikke tilbys av det offentlige helsevesenet – og gjerne også velger vekk det offentlige tilbudet. Komplementær medisin er når tilbudet gis i tillegg til, og i samarbeid med offentlige helsetjenester.

Vi forstår ikke hvorfor KAM-terapeuter blir blandet sammen med kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling. Sistnevnte har ingenting med KAM å gjøre, og trenger å bli behandlet adskilt fra det.

KAM-terapeuter har ofte lang utdanning og mye erfaring med å arbeide med helserelaterte problemstillinger. I utgangspunktet er det ikke mva på helsetjenester i Norge. Vi oppfatter KAM-terapeuter som helsearbeidere, selv om de ikke er offentlig godkjent helsepersonell. De arbeider helsefremmende og forebyggende. I følge Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) (Bergli, 2019) oppsøker mennesker for eksempel massasje av

helsemessige grunner, og ikke kun for velvære. «WHO Traditional Medicine Strategy» (2014-2023) (WHO, 2014) beskriver KAM som en del av det totale helsetilbudet.

Det er et ensidig fokus på økonomi i høringsnotatet, og flere viktige perspektiver mangler. Ett av disse er klientens autonomi. Pasientrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63) vektlegger selvbestemmelse. I sykepleierutdanningene som gjelder fra august 2020 (FOR-2019-03-15-412) vektlegges blant annet kommunikasjon, personsentrert omsorg, samarbeid og det å kunne ta hensyn til personers livssyn. I kommunal rehabilitering spør en «hva er viktig for deg?». Alt dette peker i retning av at personenes integritet og valg må ivaretas. I forhold til dette mener vi at pasienters/klienters/brukeres interesser i forhold til KAM må kartlegges bedre og – tas hensyn til.

Vi vil her kommentere noen av punktene i Finansdepartementets høringsnotat:

«Endringene antas i så fall å øke merverdiavgiftsinntektene med om lag 400 mill. kroner påløpt og 330 mill. kroner bokført i 2021. Forslagene vil innebære at denne type tjenester blir noe dyrere for forbrukere av slike tjenester, som igjen vil kunne innebære konsekvenser for tilbydere av slike tjenester ved redusert etterspørsel som følge av høyere priser» (s. 4).

Våre kommentarer til dette:

- «Dyrere tjenester», og en « redusert etterspørsel » vil kunne medføre at flere KAM-terapeuter må gi opp fordi kundegrunnlaget svikter. Vi savner en kalkulert utregning på hvor stor arbeidsledighet som oppstår som konsekvens av et evt. vedtak om mva for KAM-terapeuter. Vi tenker at det kan bli minst 2 nye arbeidsledige per Norges 356 kommuner, dvs. minst 712 nye arbeidsledige i 2021. Dersom hver av disse har en årsinntekt på 350 000kr vil arbeidsledigheten for denne gi staten en ny utgiftspost på 249 200 000 kr.
- Dersom færre personer oppsøker KAM-terapeuter, fordi det blir for dyrt, betyr det at det totalt sett i Norge vil bli arbeidet mindre med helsefremming og forebygging og at det deretter vil bli behov for mer kurativ behandling. Dette vil slå negativt ut for den offentlige økonomien, ikke positivt, fordi kurativ behandling er dyrere og gir mer menneskelig lidelse enn hva helsefremming og forebygging gjør. Det vil også kunne føre til at flere blir langtidssykemeldte og uføre.

«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 systematisert kunnskapsbasert erfaring» (s. 6).

Våre kommentarer til dette:

- Dette stemmer bare delvis. Det er ikke slik at all helsehjelp i de offentlige tjenestene er forskningsbasert, og heller ikke at det ikke finnes god forskning på KAM.
- I store deler av helsetjenesten arbeider en etter kunnskapsbasert praksis (KBP) (Helsebiblioteket.no). Det betyr at en bruker både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, i tillegg til pasientens kunnskap om seg selv og sine behov.
- Det finnes god og grundig forskning også på behandlinger innenfor KAM. Eksempel er forskning på homeopati (Hahn, 2013, Homeopathy Research Institute) og mindfulness (Cherkin, Sherman, Balderson, Cook, Anderson, Hawkes, Hansen and Turner, 2016). I databasen PubMed finnes mange studier på urter, mat og behandlingsformer som inngår i verktøykassen til utøvere av KAM. Også databasen Natural Medicine har gode publikasjoner. Så det finnes forskning, selv om mange av KAM terapiformene er erfaringsbaserte.

- Det meste av forskning er styrt av de som har økonomiske midler til å forske. Disse er i stor grad legemiddelforetakene og statlig styrte forskningsinstanser, og i liten grad KAM terapeuter/miljøer.
- Hva som er god, og god nok dokumentasjon, avhenger av øynene som ser og hvilket perspektiv de har på helse. Det handler om hvilken bakgrunnsforståelse en har, hvilke forskningsspørsmål som stilles og hvilke tidsskrifter en leser for å finne kunnskap. Det handler i tillegg om hvilke spørsmål en ikke stiller, og hvilken kunnskap en ikke leter etter. Så spørsmålet er ofte hvem som sitter med definisjonsmakten på hvordan man skal forholde seg til den forskningen som finnes, og hva man burde forsket mer på.
- Så har vi det aspektet som antyder korrupsjon, der man har fulgt spillereglene for randomiserte kontrollerte studier (RCT), men forskningen likevel blir avvist fordi den ikke passer med narrativet noen vil skape. Her er et eksempel, som gjelder forskning på homeopati og som før det ble oppdaget rakk å gjøre stor skade homeopatiens omdømme internasjonalt: «Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)» gjennomførte en studie på homeopati to ganger, og produserte to rapporter; i juli 2012 og i mars 2015. Den første rapporten ble ikke offentliggjort, men ble oppdaget ved en «Freedom of information» (FOI)-forespørsel. NHMRC sier at de avviste den første rapporten fordi den var av dårlig kvalitet, til tross for at den ble utført av en anerkjent forsker og forfatter av NHMRC's egne retningslinjer. FOI-forespørselen avdekket at et medlem av NHMRC's ekspertutvalg som hadde tilsyn med gjennomgangprosessen, Professor Fred Mendelsohn, hadde bekreftet at den første gjennomgangen hadde høy kvalitet. NHMRC gjorde så en midlertidig endring, der de bestemte at det minimum måtte være 150 deltakere for at forsøkene kunne regnes som «pålitelige». Resultatene fra 171 forsøk, gjennomført i forbindelse med de to nevnte rapportene, ble dermed sett på som «upålitelige».
- Leder av NHMRC-komiteen som gjennomførte gjennomgangen i 2015, Professor Peter Brooks, signerte skjema for interessekonflikt og erklærte at han ikke var «tilknyttet eller tilknyttet noen organisasjon hvis interesser enten er på linje med eller imot homeopati», til tross for at han er medlem av en anti- homeopati lobbygruppe. Vi tar dette med som et eksempel på at dette er noe man må være spesielt oppmerksom på; at forskning på KAM som har vist at terapiformer virker likevel kan bli manipulert med eller tilsidesatt.
- Vi mener at det godt kunne vært utlyst flere økonomiske midler til forskning på KAM-behandlinger, og til pasientforløp der KAM-behandling integreres i offentlig etablerte helsetjenester.
- Men RCT-design, som blir brukt på studier om medikamenters effektivitet og som søker å finne ut virkningen av bare en variabel, passer ofte ikke så godt til KAM terapier der en i større grad behandler hele mennesket. Her vil vi heller anbefale kvalitativ forskning som tar hensyn til mange variabler. En måte å forske på kan være «Whole system research».
- KAM-terapeuter har per i dag svært begrenset rett til å markedsføre sin virksomhet (LOV-2003-06-27-64), og til å fortelle om ved hvilke tilstander en gitt behandling kan være hensiktsmessig. Her mener vi det trengs en oppmykning på regelverket, i stedet for en tilstramning, og at det trengs dialog mellom KAM-miljøer og etablerte profesjonsutdanninger.

«Formålet med registeret for utøvere av alternativ behandling er et ønske om økt profesjonalisering, bedre ivaretagelse av forbrukerhensyn og pasientsikkerhet, jf. forskriften § 1. Ordningen innebærer ingen offentlig godkjenning eller kvalitetsvurdering av verken behandlingsformer eller den enkelte utøver. Det stilles heller ingen offentlige fagkrav som den enkelte utøver må oppfylle for å kunne bli registrert. Erfaringen nå er at omfanget av registreringer har økt betydelig (snaut 4000 utøvere) og det kan ikke utelukkes at en andel av registreringene er knyttet til ønsket om å unngå å beregne utgående

merverdiavgift ved omsetning av alternativ behandling. Dersom useriøse utøvere registrerer seg alene for å unngå plikt til å beregne merverdiavgift vil dette undergrave formålet med registeret» (s. 14-15). Vår kommentar til dette:

- Det er spekulativt å mistenkeliggjøre en heterogen gruppe som KAM-terapeuter uten å ha noe konkret å henvise til. Spekulasjoner av denne art har ikke noe i et lovutkast å gjøre hvis det ikke kan belegges med faktabasert kunnskap.
- Vi mener det er bra at vi har et register for utøvere av KAM, og at det stilles særskilte krav til terapeutene. Dette registeret kan godt rendyrkes mer, slik at det kun er et register over KAM-terapeuter, innenfor de rammer som er naturlig innen deres fag.
- Hva en videre kunne gjøre for å oppnå profesjonalisering er å videreutvikle kursingen/utdanningene for KAM terapeuter, stimulere til mer forskning på ulike KAM-terapiformer og stille krav til samarbeidskompetanse både for de etablerte helseprofesjonene og for KAM-terapeuter.
- Useriøse terapeuter kan undergrave formålet med registerordningen, på samme måte som enkeltpersoner fra helsefaglige profesjoner kan ødelegge for sin profesjon. Det finnes et kvalitetskontrollsystem der profesjonsutøvere kan fratras retten til å utøve den profesjon de er utdannet til, mens et slikt system mangler når det gjelder KAM-terapeuter. Dette kan en godt se nærmere på.

«Dokumentasjonsstatus for effekt av ulike behandlingsformer er til dels fraværende eller mangelfull, og det finnes ingen allment aksepterte retningslinjer eller standarder nasjonalt eller internasjonalt for hva som er faglig forsvarlighet for de ulike behandlingsformene. Grensen mellom de ulike alternative behandlingsformene kan være uklare eller overlappende» (s. 16).

Vår kommentar til dette:

- KAM-terapeuter må forholde seg til Lov om alternativ behandling av sykdom mv. (LOV-2003-06-27-64), og har ikke lov til å markedsføre behandling for spesifikke sykdommer. Men de har lov til å gi behandling som fremmer god helse, styrker immunforsvaret og/eller lindrer plager. Denne reguleringen er trolig en årsak til at en kan få inntrykk av at ulike behandlingsformer ligner hverandre mer enn de faktisk gjør.

«Alternativ behandling er ikke omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven, se Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) om lov om alternativ behandling kapittel 12.8.5» (s. 17).

Vår kommentar til dette:

- Dette kan en også godt se nærmere på. Det er bra at brukere av KAM får sine rettigheter styrket, særlig dersom de blir utsatt for bevisst svindel eller noe som er helseskadelig.

Diskusjon av aktuell bakgrunn, prinsipielle avveininger og filosofisk grunnlag

Hvorfor ønsker man denne lovendringen nå? Høringsnotatet har en mild fremtoning, mens tonen i media er annerledes. Den 26. mai kunne vi lese denne ingressen på VG nett: «Krever lovendring: – Må rydde opp i jungelen av alternative behandlere. Det var feil av Stortinget å bytte ut «kvakksalverloven» i 2004, mener Sveinung Stensland (H) i Helse- og omsorgskomiteen. Nå vil han stramme inn dagens lov for å beskytte brukere av alternativ behandling». En annen sak VG hadde som føljetong i vår var om Tarjei, som lenge ikke ville behandles for kreft med standardisert behandling. Det var, så langt vi kan se, ikke referert til terapeuter i Norge som hadde anbefalt ham å takke nei til kreftbehandling. Vi har heller ikke hørt at terapeuter eller organisasjoner for KAM-terapeuter i Norge har ment at det var klokt å velge vekk kreftbehandlingen. Det hele var et personlig valg for en person med kreft. Forslaget til innføring av mva kan oppfattes om en oppfølging av stemningen som oppstod i

media, og bringe en negativ holdning til KAM, uttrykt i medieoppslag, med inn i høringsarbeidet. Vi viser for øvrig til lederen i Holistisk forbund sin kronikk i VG om Tarjei saken (Bansal, 2020). Det må gå an å ha to tanker i hodet på en gang, og også å forstå at en ikke kan dømme en hel bransje på bakgrunn av noen få personers personlige valg. Holistisk Forbund har ingen tro på at enkeltpersoner som påvirkes av sosiale medier vil slutte å ta egne valg og velge tradisjonell kreftbehandling om alternativ behandling blir dyrere og de offentlige reguleringene av bransjen blir strammere. Innføring av mva på alternativ behandling vil ikke stoppe dette fra å skje.

Slik vi ser det er uansett det å få ta selvstendige valg for eget liv og egen helse, og å kunne snakke om valgene en tar, viktig både for personers helse og for demokratiet. Når en gruppe mennesker selv opplever at en behandling virker for dem, og jobber for at behandlingsformen skal bli tilgjengelig for flere, er det arbeidet de gjør både en del av demokratiet, en del av den faglige korrektsen til en gjeldende praksis for problemstillingene behandlingen har hjulpet for, og det er å være med på å utvikle et bærekraftig samfunn med hensyn til helse. Det å innføre mva for KAM behandlinger vil sannsynligvis bety at menneskers frihet til å velge behandling ut fra eget livssyn reduseres, både pga. høyere pris og at det totale behandlingstilbudet vil bli redusert. Vi ber dere huske på at veldig mange nordmenn er opptatt av å forebygge sykdom, og at mange av de som lever med kroniske sykdommer ønsker et helsetilbud med fokus på helsefremming, forebygging og/eller lindring Dette er noe mange får ved bruk av KAM. Dette rammer spesielt hardt de som er uføre og har en stram økonomi. Vi kjenner til flere eksempler på smertepasienter som må kutte kraftig ned på matbudsjettet fordi de er avhengig av smertelindrende KAM-behandling. Disse vil rammes hardt av en eventuell merverdiavgift på disse tjenestene. Holdningen i styret i Holistisk forbund er at landets innbyggere i et fritt og opplyst demokrati skal ha stor frihet til å velge behandling selv, og da også KAM-behandling. Her er det behov for en brukerundersøkelse, og at forslaget om mva er prematurt uten det.

Vi lurte også på om det å gjøre KAM-terapier dyrere, er nok gjennomtenkt. I senere tids Stortingsmeldinger om helsetjenester, og særlig etter Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008), legges det stor vekt på helsefremming og forebygging, og i Folkehelsemeldinga (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019) sier en at: «Regjeringa vil bidra til eit berekraftig velferdssamfunn gjennom eit godt og systematisk tverrsektorielt folkehelsearbeid» (s. 8). Helsefremming handler om å styrke og stimulere menneskers helse. I den sammenheng er opplevelsen av mening og mestring viktig (Gammersvik og Larsen, 2018). Helsefremming er noe det fokuseres på i helsetjenesten, men det meste av det helsefremmende arbeidet foregår faktisk på andre samfunnsarenaer. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) sier at: «Folkehelsearbeidet går for seg i stort sett alle sektorar og på alle forvaltningsnivå. Regjeringa legg vekt på at frivillig sektor, ideelle organisasjonar, næringslivet og offentlege myndigheiter må samarbeide om innsatsen» (s.8). Frivillig arbeid (Kulturdepartementet, 2018), slik som for eksempel det å utøve et livssyn, er eksempler på hvordan mennesker opplever samhold, mening og mestring.

For mange mennesker er det å utøve eller oppsøke komplementær og alternativ medisin en måte både å fremme sin egen personlige utvikling og fysiske og psykiske helse på. I tillegg kan det være en måte å forebygge generelt, eller forebygge forverring av sykdom, å få en ikke medikamentell smertelindring og å redusere stress på. Helsegrep som det å oppsøke KAM, som mennesker gjør på frivillig basis, er på den måten i tillegg med på å redusere de offentlige helseutgiftene, fordi færre personer blir syke når en arbeider helsefremmende og forebyggende. Bruken av KAM er med på å redusere behovet for helsepersonell, noe som vil være svært gunstig i årene framover. Årsaken til det er at alderssammensetningen i befolkningen er i ferd med å endres drastisk. Vi vet at det vil bli færre personer i arbeidsfør alder, og flere eldre, i tillegg til at flere barn og unge har psykososiale problemer

nå enn før. Norge vil dermed ha for lite helsepersonell dersom helsetjenesten skal ivareta samme tilbud som vi har i dag.

Hva en i statlige føringer innenfor helse- og sosiale tjenester ser som mulige løsninger på dette er å stimulere til bedre samarbeid mellom faggrupper og avdelinger, for på den måten å sørge for at pasienter får mer kontinuitet i sine tjenestetilbud (Helse- og omsorgs-departementet, 2008). Også verdens helseorganisasjon (WHO) (2010) gjør oppmerksom på behovet for bedre samarbeid i helsespørsmål, og sier at «Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care. It allows health workers to engage any individual whose skills can help achieve local health goals» (s. 7). Dessuten sier «WHO Traditional Medicine Strategy» (2014-2023) at det å ta i bruk KAM er en måte å styrke et lands totale helsetilbud på. De beskriver også at når leger har god kunnskap om KAM – reduseres de totale helsekostnadene. Årsaker til det er at en får færre sykehusinnleggelser og at pasientene bruker mindre medisiner. En annen konsekvens er at flere pasienter overlever/en får færre dødsfall ved bruk av KAM. I mange land har en stor tillit til alternativ behandling, og vi vet at også mange i den norske befolkningen bruker helsetilbud innenfor KAM for ulike kroniske sykdommer, muskel og skjelettsykdom, lindring av symptomer og bivirkninger som f. eks. smerteproblematikk (Salomonsen, Skovgaard, La Cour, Nyborg, Launsø og Fønnebo (2011).

NAFKAM (Bergli, 2019), sier at bruken av KAM i Norge er stabil. I 2018 brukte 37 % av befolkningen en eller flere former for KAM. Det er flest kvinner med høy utdanning som bruker behandlinger innenfor KAM. KAM-terapeuter har lov til å arbeide med å styrke personers helseressurser, hjelpe ved stressrelaterte sykdommer og bidra til å styrke immunforsvar (LOV-2003-06-27-64). Dette mener vi er svært viktig både med hensyn til truende epidemier/pandemier og i forhold til at vi har flere antibiotikaresistente bakterier i våre omgivelser nå enn før.

Ellers er det klart for oss i Holistisk forbund at vi har to paradigmer som kan oppfattes som motstridende i vitenskapelige miljøer, fordi vi som livssynsorganisasjon står i skjæringspunktet mellom livssyn og vitenskap. Livssyn kan misbrukes, men det kan også vitenskap. I forhåpentligvis nær fremtid er det sannsynlig å tenke at en vil si det var et overtramp å behandle traumer oppstått i barndommen med antidepressiva. For er det egentlig «bedring» i vitenskapelig forstand dersom en døyver følelsene til et individ som har opplevd traumer – med medikamenter? Hvordan kjemisk manipulering påvirker en menneskekropp er kanskje lett å lage kvantitativ vitenskap av, men løser det årsaken til problemet? Dersom en person i stedet, eller i tillegg, kan få hjelp med å forløse følelser og traumer på en varsom måte, som f.eks. ved hjelp av rosenterapi el.l., mener vi at omsorgen som ligger i behandlingen og terapeutens evne til å lytte kan hjelpe vedkommende til et sunt følelsesliv. Dette er en helsefremmende måte å arbeide på. Men vi tenker at hvert menneske og hvert livsløp er unikt, og at vi har unike og personlige behov i forhold til vår egen helse, slik at en annen person med depresjon gjerne kan ha bedre nytte av en annen type behandling. Og unike behov, personlige prosesser og livsløp er ikke alltid så lett å kvantifisere vitenskapelig, men det betyr likevel ikke at de er uten verdi.

Vår konklusjon:

For di komplementære og alternative medisiner (KAM) i all hovedsak har som siktemål å fremme menneskers helse, forebygge sykdom og lindre lidelse mener styret i Holistisk Forbund at en ikke bør gjøre slike behandlingsformer dyrere for samfunnets innbyggere ved at det legges på en merverdiavgift på slike tjenester. Vi er imot innføring av mva på komplementære og alternative behandlingsformer. Vi mener at en i stedet bør legge bedre til rette for samarbeid mellom KAM og det offentlige helsevesenet. Da vil en kunne lære av hverandre, gi hverandre faglige korreks, oppnå

positive synergieffekter og unngå negative interaksjoner i de tilfellene der det er fare for det. Vi ber også regjeringen passe på at ikke andre statlige føringer blir svekket gjennom en innføring av merverdiavgift på KAM.

Vi ber dere som skal jobbe med forslaget om mva på KAM-behandling om ikke å bidra til å innskrenke mangfoldet for livsutfoldelse, verken blant våre medlemmer eller andre som har nytte av KAM, ved å haste på med et forslag som ikke er skikkelig utredet og gjennomtenkt. Vi gjentar at den korte høringsfristen midt i sommerferien ikke var tillitsvekkende i så måte, og etterlyser godt politisk håndverk, varme hjerter og klokskap.

Referanser:

Bansal, K. (2020). «Hva med å ha to tanker i hodet på en gang?» VG. Hentet 21.7.2020 fra: <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/dOXQWw/hva-med-aa-ha-to-tanker-i-hodet-paa-en-gang>

Bergli, T.L. (2019). *NAFKAM-undersøkelsen 2018*. Nasjonalt forskningsenter innen komplementær og alternativ medisin. Hentet 22.7.2020 fra: https://nafkam.no/nafkam-undersokelsen-2018?fbclid=IwAR0toNR2srAXMothws_FLHRQW0Td0RYL9Ba4_qYzNwuFwMDCfNilj-uFf7g

Cherkin, D.C., Sherman, K.J., Balderson, B.H., Cook, A.J., Anderson, M.L., Hawkes, R.J., Hansen, K. E. and Turner, J. A. (2016). *Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial*. JAMA: the journal of the American Medical Association, 2016-03-22, Vol.315 (12), p.1240-1249. DOI: 10.1001/jama.2016.2323

FOR-2019-03-15-412 (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. Kunnskapsdepartementet. Hentet 22.7.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>

Gammersvik, Å. og Larsen, T.B. (2018). *Helsefremmende sykepleie*. Bergen, Fagbokforlaget.

Hahn, R. (2013). *The evidence for homeopathy*. Homeopathy UK. Hentet 19.7.2020 fra: https://homeopathy-uk.org/treatment/evidence-for-homeopathy?fbclid=IwAR0AWIS_bM_bnStrggoN-sxaHXYKerQjJimlxBFz6dzZNaWWdcRDkwc17zQ

Helsebiblioteket (u.å.). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 19.7.2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helse og Omsorgsdepartementet (St. Meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 17.7.2020, fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet (Meld. St. 19 (2018 – 2019). *Folkehelsemeldinga Gode liv i eit trygt samfunn*. Hentet 17.7.2020 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Holistisk Forbund (2007). *§1 Formål*. Vedtekter for Holistisk Forbund. Hentet 17.7.2020, fra: <https://www.holistisk-forbund.no/vedtekter>

Homeopathy Research Institute. *The Australian report*. Hentet 21.7.2020 fra: <https://www.hri-research.org/resources/homeopathy-the-debate/the-australian-report-on-homeopathy/>

Homeopathy Research Institute. *CORE-hom. A new world-class clinical research database*. Hentet 19.7.2020 fra: <https://www.hri-research.org/resources/research-databases/>

Kulturdepartementet (Meld. St. 10 (2018–2019). *Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig — Den statlege frivilligheitspolitikken*. Hentet 17.7.2020 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

LOV-2003-06-27-64. *Lov om alternativ behandling av sykdom mv.* Hentet 24.7.2020 fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64>

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet 20.7.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Salomonsen, L. J., Skovgaard, L., La Cour, S. Nyborg, L., Launsø og L. Fønnebø, V. (2011): *Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals.* BMC Complementary and Alternative Medicine 2011; Volum 11. ISSN 1472-6882.s doi: [10.1186/1472-6882-11-4](https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-4).

World Health Organization (WHO) (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.* Hentet 17.7.2020 fra:
https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_who_framework_ie.pdf

World Health Organization (2014): *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023.* WHO Library Cataloguing-in-Publication. ISBN 978 92 4 150609 0.