



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretgsregisteret: NO 980 743 438

Interessepolitisk notat

Tourettes syndrom i helsetjenestene

- **Det er behov for en nasjonal plan for sentralisering av spesialisthelsetjenestene til personer med Tourettes syndrom.**
- **Tourettes syndrom må inkluderes i Prioriteringsveilederen psykisk helsevern for voksne, slik den er for barn.**
- **Tourettes syndrom må være grunnlag for individuell refusjon av alle medikamenter som anbefales mot tics i internasjonale faglige retningslinjer for barn og voksne.**
- **Nasjonal faglig retningslinje for utredning, diagnostikk og behandling må forankres i Helsedirektoratet.**
- **Tourettes syndrom må anses som et kompetansevakt område, og har fortsatt behov for en nasjonal kompetanstjeneste.**
- **Nasjonalt forskningsnettverk for Tourettes syndrom må etableres.**
- **Kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste må styrkes.**



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

Bakgrunn

Stor variasjon i tjenestetilbudet.

Tourettes syndrom (TS) er en av flere ticstilstander. Omtrent 1 % av barn og unge og 0,5 % av voksne tilfredsstiller diagnosekriteriene. Familie- og tvillingstudier taler for at Tourettes syndrom er arvelig betinget, og regnes som en genetisk betinget forstyrrelse.

Mye tyder på at TS er underdiagnostisert (1). Tics kan medføre alvorlige plager, sosialt, pedagogisk, psykisk og muskulært over tid.

Det er grunn til å tro at barn ikke henvises til utredning på grunn av manglende gjenkjenningskompetanse rundt barnet, som for eksempel hos foreldre, ansatte i skole/ barnehage, helsesøster og fastlege. Tidlig forekomst av tics er assosiert med alvorligheten av disse, og sjansen for å utvikle tilleggs vansker øker med tidlig debut av tics. Gjennomsnittsalder for debut av tics er 5- 7 år. I brukerundersøkelsen "*Samsvar mellom behov og tjenester? – Erfaringer med spesialisthelsetjenesten hos pasienter med Tourettes syndrom*" (NevSom 2018)(2), oppga 57 % av foresatte at de oppdaget tics hos barnet før det var 5 år. 29 % oppga at de oppdaget tics hos barnet før barnet var 3 år, og det var ingen forskjell mellom gutter og jenter. Gjennomsnittstiden fra da foresatte merket ticssymptomer til barnet fikk diagnostisert en ticsforstyrrelse var 3,1 år. At diagnosen ofte stilles flere år etter at tics har debutert støttes også i funnene i undersøkelsen *Tourettes syndrom hos barn i Norge*. Det er også store fylkesvise forskjeller i bruk av TS- diagnosen i Norge (1).

På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at tics ofte viser seg allerede i småbarnsalder, og at tidligere identifisering enn i dag er mulig.

Utredning av personer med TS foregår fortrinnsvis i psykiatrien, men kompetansen er lav ved de lokale BUPer og DPSer, både når det gjelder utredning, diagnostisering og behandling. Det resulterer i at tics ikke alltid oppdages eller forstås som tics i spesialisthelsetjenesten. Noen kan vente i flere år før diagnosen settes. Da tilbys de ikke riktig behandling, og får heller ikke tilfredsstillende oppfølging. Det er videre en utfordring at pasienter i psykiatrien skrives raskt ut, og at det er vanskelig å komme inn igjen. Pasienter med TS har ofte behov for langvarig oppfølging.

Tjenestetilbudet oppleves i dag som spredt og preget av tilfeldighet. Den lave kliniske forekomsten innebærer betydelige utfordringer knyttet til organiseringen av behandlingstilbudet. Utvikling og opprettholdelse av utredning- og behandlingskompetanse krever kontinuerlig praksis, noe dagens organisering ikke tilfredsstiller. For å oppnå tilstrekkelig kompetanse er muligheten til å møte tilstrekkelig antall pasienter avgjørende.



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

Stor aldersbetinget variasjon i tilbudet.

Det har de senere år vært økt innsats på kompetanseoppbygging innen barne- og ungdomspsykiatrien. Den voksne pasientgruppen faller imidlertid utenfor eksisterende tilbud. Det er i dag tilfeldig hvorvidt de voksne henvises til nevrolog eller psykiatrien. I psykisk helsevern for voksne er det ikke tilstrekkelig kompetanse på Tourettes syndrom. TS er heller ikke nevnt i prioriteringsveilederen- psykisk helsevern for voksne, slik den er for barn. Dette medfører uklarheter om hvem som har ansvar for oppfølging av voksne med Tourettes syndrom.

De fleste med Tourettes syndrom har sammensatte vansker og tilleggsvansker. Tilleggsvansker forekommer hos omtrent 90 % av personer med TS. Det er også vanlig å ha flere enn en tilleggsvanske, der to til tre vansker i tillegg beskrives for mer enn 40 % (3). De vanligste sameksisterende tilstander ved TS er ADHD, tvangstanker / tvangshandlinger (OCD) og angst. Tilleggsvanskene kan for noen skape større utfordringer enn ticsene i seg selv. For eksempel kan effektiv behandling av komorbide tilstander, særlig ADHD, gi reduksjon av tics fordi stressnivået synker. Differensialdiagnostisk kompetanse i helsetjenestene blir derfor avgjørende for helhetlig og virksom behandling. Nevrologer har liten kompetanse på de psykiatriske komorbide tilstandene, noe som medfører en lite tilfredsstillende oppfølging av voksne med Tourettes syndrom.

Oppfølging av pasienter med TS er i dag utelukkende av poliklinisk karakter. Vi ser dessverre at de dårligste pasientene ikke får tilstrekkelig hjelp gjennom lokal poliklinisk oppfølging. Dette dreier seg ofte om pasienter med høy grad av komorbide diagnoser som fører til funksjonsnedsettelse. De differensialdiagnostiske utfordringene er store, og disse pasientene har behov for tverrfaglig spesialistkompetanse. Situasjonen blir kritisk når det ikke finnes tilstrekkelig kompetanse ved aktuell poliklinikk.

Stor variasjon i behandlingstilbudet.

Tourettes syndrom kan ikke kureres, og målet for behandling blir å redusere symptomene. Det er per tid 3 metoder for slik behandling:

1. Medikamentell behandling.
2. Ticskontrollerende trening.
3. Kirurgisk behandling. Noen få utvalgte personer (<10 i Norge) har fått behandling med Deep Brain Stimulation (DBS) mot tics.

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling krever spesialistkompetanse, særlig når andre ledsagende tilstander også krever medikamentell behandling. Det oppleves en reservert holdning mot medikamentell behandling av tics, sannsynligvis fordi medikamentene som benyttes for ticsreduksjon har en høy bivirkningsprofil. I tillegg er kunnskap om ikke- medikamentelle



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

behandlingsmetoder lav.

Medikamenter for ticsreduksjon brukes utenfor godkjent indikasjon i Felleskatalogen, og kan derfor ikke skrives på blå resept. For at slike medikamenter skal kunne dekkes av HELFO må legen søke om individuell stønad etter blåreseptforskriften § 3.

Det eneste medikamentet som har godkjent indikasjon for behandling av tics for voksne i dag er Haldol. Haldol, som er et "gammeldags" antipsykotisk middel, anbefales ikke lenger av fagpersoner på grunn av ugunstig bivirkningsprofil. Det er ikke i tråd med det de fleste mener er god medisinsk praksis, å foreskrive Haldol mot tics. De fleste medikamentene er kun forhåndsgodkjent for barn, og ikke for voksne.

Pimozid (Orap®) er godkjent for ticsreduksjon ved TS.

Klonidin (Catapresan®) er godkjent for behandling av tics ved samtidig ADHD.

Aripiprazol (Abilify®) og risperidon (Risperdal®) ble nylig godkjent for behandling for tics hos barn.

Tourettes syndrom er imidlertid ikke godkjent som indikasjon eller refusjonsgrunnlag for risperidon for voksne, selv om medikamentet anbefales i internasjonale faglige retningslinjer, og ofte er førstevalg ved behov for medikamentell behandling.

Dette vil i de alvorligste tilfeller føre til at den beste løsningen for medikamentell behandling velges bort, fordi den blir for kostbar for pasienten.

Ikke- medikamentell behandling

Per i dag har man to ulike atferds-orienterte behandlingsmetoder som er dokumentert å ha god effekt når det gjelder reduksjon av tics: Ticskontrollerende trening (HRT) (4) og Eksponering med Responsprevensjon (ERP). Dersom man har mange ulike og kontinuerlige tics, har ERP blitt anbefalt som behandling (5), mens HRT velges ved færre tics. ERP er lite brukt for behandling av tics i Norge. Få helseforetak har tilbud om ikke-medikamentell behandling i dag. Alle pasienter skal så langt det er mulig og forsvarlig, kunne velge mellom ulike behandlingsalternativer, også medisinfri behandling, noe som ikke er gjeldende for gruppen.

Muligheten til å få slik behandling avhenger av bosted. Det betyr at en stor andel av pasientgruppen ikke får tilbud om ikke- medikamentell behandling, og for voksne må behandlingsmetoden anses som utilgjengelig (6). Disse forskjellene i helsetilbudet er ikke akseptable.

Ikke alle vil ha tilstrekkelig effekt av HRT. Stor grad av komorbide diagnoser kan medføre dårlig respons på metodene, særlig ADHD. I slike tilfeller må ADHD- symptomene først behandles. Det kan også være aktuelt å kombinere medikamentell behandling med HRT/ ERP. Dette krever spesialistkunnskap og differensialdiagnostisk kompetanse.

Pasient og pårørende opplæring.

Det finnes ikke systematisert opplæring for pasienter med TS og deres pårørende, selv om dette er en pasientrettighet. Tourettes syndrom er i dag ikke inkludert i eksisterende nettverk av lærings- og mestringssentre (6).



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

Utfordringer tilknyttet samhandling og pasientforløp.

Personer med Tourettes syndrom har behov for tjenester fra flere sektorer; *primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, skole og NAV.*

Tourettes syndrom i kommunale helse- og omsorgstjenester

På bakgrunn av behovet for høyspesialisert kompetanse må utredning/diagnostikk og behandling ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommunale helsetjenester må ha kompetanse til å oppdage tics hos barn, slik at henvisning til spesialisthelsetjenesten skjer så tidlig som mulig.

Det er per tid liten kompetanse i kommunen, og det er avgjørende at barn og unge følges opp i spesialisthelsetjenesten etter at utredningsfasen er over. Det er avgjørende at spesialisthelsetjenesten bistår kommunen over tid, slik at kommunale hjelpetiltak blir tilrettelagt og hensiktsmessige. Overganger skaper ofte utfordringer. Erfaring viser at re-henvisninger av barn og ungdom med TS ofte avvises av BUP, med grunnlag i at utredningen er ferdig. I tillegg tar en henvisningsprosess lang tid, noe som kan være fatalt for disse barna når nye vansker kommer til, eller gamle kommer tilbake.

Tourettes syndrom i barnehage og skole

Utfordringene i skolen er store for gruppen, med høy forekomst av sammensatte lærevesker, som krever både god tilrettelegging og ofte behov for spesialundervisning (7). TS er fortsatt en lite kjent tilstand, og ansatte i barnehage og skole har ofte liten kompetanse. Kompetansen i Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) er sjelden tilstrekkelig, og kan derfor ikke gi god nok veiledning til skolene. I disse tilfellene er det helt nødvendig at BUP er med i samarbeidet om tilrettelegging i skolen. Skolevegring er økende, og det er særlig bekymringsfullt at dette også gjelder barn i småskole- alder.

Tourettes syndrom og barnevern

Ansatte i helsetjenestene kontakter i en del tilfeller barnevernet for å få hjelpetiltak til familien, der dette burde vært ivaretatt i helse- og omsorgstjenesten. Manglende kunnskap i helsetjenestene om barnevernets rolle og rutiner, manglende forståelse for hvilke prosesser som settes i gang, og hvilken belastning dette utgjør for familien er et problem.

Foreldrenes tillit til helsetjenestene kan bli svekket, noe som kan bidra til lukkethet og forverret situasjon for familien. Det er en utfordring at spesialisthelsetjenesten ofte trekker seg ut av saken når barnevernet kommer inn i bildet, og at barna ikke får den oppfølgingen de trenger. Dersom vanskene i en familie i hovedsak har oppstått grunnet barnets medisinske tilstand og de utfordringer det bringer med seg, skal tjenester som arbeider etter helseovgivning bistå familien/barnet. Ansatte i helsetjenestene må ha tilstrekkelig kunnskap om hvem som har ansvar for hva og hva som er barnevernets rolle.



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

BUP må være sterkere til stede i saker når barnevernet kommer inn i bildet heller enn å trekke seg ut. Ekstra viktig blir dette for barn med Tourettes syndrom, som også er utsatt for omsorgssvikt. Felles kunnskap og forståelse fra de ulike tjenestene om livssituasjonen til disse barna og familiene deres kan bidra til bedre samhandling og mer treffsikre tiltak.

Behov for en nasjonal plan for sentralisering av spesialisthelsetjenester til personer med Tourettes syndrom.

På grunn av lav klinisk forekomst har behandlere i dag begrenset mulighet til å oppnå kontinuerlig praksis gjennom dagens organisering av behandlingstilbudet. Det er behov for spesialiserte utredning- og behandlingsteam som dekker større områder enn dagens poliklinikker gjør. Slik kan pasientene tilbys dokumentert effektiv behandling utført av personer med spesialkompetanse og kontinuerlig praksis på området.

Oppfølgingen bør derfor forankres ved utvalgte BUPer og DPSer av en viss størrelse. 50 henviste pasienter i året bør tilstrebes.

Enhetene må tilby helhetlig oppfølging, med ansvar for utredning, diagnostisering, medikamentell og ikke- medikamentell behandling. Både HRT og ERP må implementeres som behandlingsmetoder og nødvendig materiell til behandlere må gjøres tilgjengelig. Enhetene må ha bred kunnskap om vanlige komorbide tilstander ved TS, og kunne behandle disse. Oppfølgingen må være tverrfaglig, og pasientene må følges opp over tid. Det bør gjennomføres fast kontroll i spesialisthelsetjenesten en gang i året. Årlige kontroller kan bidra til å fange opp tilleggsvansker raskere enn i dag, hindre skjevutvikling på grunn av manglende behandling av tilleggsvansker, og bidra til å sikre sårbare overganger.

Personer med Tourettes syndrom har ofte behov for tjenester fra flere sektorer, og enheten må kunne koordinere samhandling med andre hjelpeinstanser som kommune, NAV etc. Kompetansen i primærhelsetjenesten er lav, og det er avgjørende at barn og unge følges opp i spesialisthelsetjenesten etter at utredningsfasen er over.

En slik organisering av tjenestetilbudet kan være av positiv betydning for kompetansesutvikling i fagmiljøene i tillegg til implementering av god behandling for pasienter med TS og sikre et helhetlig og likeverdig helsetjenestetilbud. Sammenheng mellom behandlingsvolum og behandlingsskvalitet bør ligge til grunn ved planlegging og organisasjonsutvikling i helsetjenestene. En tydelig ansvars plassering av hovedansvaret for spesialisthelsetjenester til pasientgruppen er avgjørende.

Gjennom god behandling på utvalgte steder med tilstrekkelig spisskompetanse, er det grunn til å tro at behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten kan bli kortere og at behandlingsskostnadene til den enkelte pasient reduseres.

Ikke minst er det grunn til å tro at et bedre organisert behandlingstilbud vil medføre bedre livskvalitet for personer med Tourettes syndrom.



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

Det er videre behov for høyspesialiserte enheter som kan bistå dersom BUP/ DPS ikke kan gi tilfredsstillende oppfølging. Enhetene bør organiseres som en 3. linjetjeneste, og kan ha et felles ansvar for TS, Autismespekterforstyrrelser (ASF) og komplisert ADHD for eksempel i hver helseregion

Manglende nasjonal faglig retningslinje for utredning, diagnostisering og behandling av Tourettes syndrom.

Det foreligger ulike norske og internasjonale retningslinjer uten at det er enighet om bruken av disse:

- a) Veileder BUP; kapittel om Tics og Tourettes syndrom,
- b) Generell veileder i pediatri; kapittel 11.12 Tourettes syndrom
- c) Regional retningslinje for utredning, diagnostisering og behandling av barn og unge med Tourettes syndrom i Helse Sør-Øst.
- d)"European Clinical Guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders" (Part I, II, III and IV)
- e) Canadian Guidelines for Evidence- Based Treatment of Tic Disorders: Pharmacotherapy.
- f) American Academy of Neurology: Practice Guideline: The treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders

Det er et klart behov for en nasjonal faglig retningslinje for utredning, diagnostisering og oppfølging av barn og voksne med Tourettes syndrom, for å sikre et likeverdig og helhetlig tjeneste- og behandlingstilbud av god kvalitet. Helsedirektoratet har mandat til å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale veiledere. Forslag om en nasjonal faglig retningslinje ble sendt til Helsedirektoratet i 2017, som ikke imøtekom forslaget, men oppfordret fagmiljøene til å utarbeide retningslinjer. NevSom tok initiativ til et slikt arbeid og utarbeidelse av nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer er igangsatt. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg. Det er uklart om en kunnskapsbasert retningslinje har samme juridiske tyngde som en nasjonal faglig retningslinje som er utarbeidet av Helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter

Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser har et nasjonalt ansvar for at personer med sjeldne diagnoser, deres pårørende, fagfolk og publikum har tilgang på oppdatert informasjon om sjeldne diagnoser. Kompetansetjenesten skal bidra til et likeverdig, helhetlig og individuelt tilpassete tilbud.

Det finnes ni nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser i Norge. Sentrene er samorganisert i Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser (NKSD) og gir tilbud til



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretgsregisteret: NO 980 743 438

flere hundre ulike diagnoser. Kompetansesentrene skal gi et likeverdig, landsdekkende tilbud og er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom) er et av de ni nasjonale kompetansesentrene. NevSom har kompetansesenteransvar for nevroutviklingsforstyrrelsene autismespekterdiagnoser (ASD) og Tourettes syndrom og hypersomniene Idiopatisk hypersomni, Kleine-Levin syndrom og narkolepsi.

I Norge regnes en sjelden diagnose som sjelden når færre enn 1 av 2000 (0,05 %) personer har diagnosen. Dette er en utvidelse av den gamle definisjonen med under omtrent 500 tilfeller i Norge. Dette innebærer at flere diagnoser blir omfattet av den nye definisjonen.

I 2016 ble «Fasemodellen» innført. Fasemodellen er et verktøy for kompetansetjenesten for å vurdere hvilke diagnoser som skal få et sjeldensentertilbud, hvilke diagnoser som ikke lenger skal ha et sjeldensentertilbud og til evaluering av de eksisterende tilbudene. Hovedkriteriene for et kompetansentertilbud i NKSD er lav forekomst, genetisk/ medfødt tilstand og behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dersom samlet vurdering tilsier at ordinært tjenesteapparat gir adekvat og individuelt tilpasset oppfølging/hjelp utfases diagnosegruppen fra senteret.

Nasjonale kompetansetjenester skal etableres når det er behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt innenfor et kompetansesvakt område. Et kompetansesvakt fagområde er definert som et område der det allerede eksisterer kunnskap, men hvor kunnskapen ikke er tilstrekkelig implementert i den norske helsetjenestene.

Det er stor variasjon i helsetjenestetilbudet til personer med Tourettes syndrom. Det gjelder geografiske og aldersbetingete variasjoner og store ulikheter hva gjelder tilgjengelig behandling. Det foreligger ikke nasjonale faglige retningslinjer for utredning, diagnostisering og behandling. For voksne er det fortsatt uklart hvem som har ansvaret for pasienten, og kompetansen i fagmiljøene er lav. Disse forskjellene i helsetilbudet er ikke akseptable. Tourettes syndrom må på bakgrunn av dette anses som et kompetansesvakt område, med fortsatt behov for en nasjonal kompetansetjeneste.

Dersom en fasemodellvurdering ved NKSD resulterer i beslutning om utfasing av TS-diagnosen fra NevSom på grunn av for høy forekomst, må dette ikke forveksles med at det ikke lenger er behov for en nasjonal kompetansetjeneste. Dersom en slik utfasing skulle bli en realitet, må det opprettes et nytt nasjonalt kompetansesenter med ansvar for pasientgruppen som forankres utenfor NKSD.

Det er fortsatt stort behov for kompetanseoppbygging, videreutvikling av fagområdet og forskning for diagnosegruppen, oppgaver som inngår som en del av oppgavene til en nasjonal kompetansetjeneste for å kunne ivareta oppgaven med å formidle og spre aktuell



Norsk Tourette Forening

Frankendalsveien 97
3274 Larvik
Tlf: 31 41 10 55
e-post: post@touretteforeningen.no
Foretaksregisteret: NO 980 743 438

og oppdatert kunnskap.

Tourettes syndrom og forskning

Det er svært lite forskningsaktivitet på Tourettes syndrom i Norge, og TS må anses å være et svært forskningssvakt område. Det er kun gjennomført tre doktorgradsprosjekter siden årtusenskiftet (6).

Det er et stort behov for mer kunnskap om forekomst av Tourettes syndrom, kvalitet på utredninger og diagnostikk, effekter av medikamentell og ikke-medikamentell behandling, og langsiktig prognose.

Det er behov for et nasjonalt forskningsnettverk for Tourettes syndrom, der det settes av midler til forskning og fag- og metodeutvikling.

Kilder:

- 1) Surén et al. (2019): *Tourettes syndrom hos barn i Norge*. Tidsskriftet Den norske legeforening, 2019
- 2) "Samsvar mellom behov og tjenester? – Erfaringer med spesialisthelsetjenesten hos pasienter med Tourettes syndrom» (NevSom 2018)
- 3) Müller-Vahl, K R et al (2018): *Tic disorders revisited: introduction of the term "tic spectrum disorder*. European Child & Adolescent Psychiatry.
- 4) Murphy, T. K., Lewin, A. B., Storch, E. A., Stock, S., American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Committee on Quality, I. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1341-1359. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.015
- 5) van de Griendt, J. M., Verdellen, C. W., van Dijk, M. K., & Verbraak, M. J. (2013). Behavioural treatment of tics: habit reversal and exposure with response prevention. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1172-1177. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.10.007
- 6) NOU 2020: 1 81 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom
- 7) Packer, Leslie E. (2005). *Tic-Related School Problems: Impact on Functioning, Accommodations, and Interventions*. *Behavior Modification*, 29(6), 876-899.