

# **Behandling av tvangslidelser**

Plan for nasjonal implementering av  
dokumentert virksom behandling

## Sammendrag

Tvangslidelser (OCD) er en av de mest invalidiserende psykiske lidelsene og er vanligvis forbundet med stort funksjonstap, problemer knyttet til samliv, stor belastning for pårørende og betydelige kostnader for samfunnet. Det er anslått at rundt 0.2-0.5 % av befolkningen lider av OCD. I klinikken er lidelsen underrepresentert, men opptar ofte betydelige ressurser gjennom langvarige behandlingsforløp uten at pasientene opplever vesentlig bedring.

Basert på omfattende forskning er eksponering med responsprevensjon (ERP) en godt dokumentert behandlingsmetode for OCD. Flertallet av pasientene som fullfører slik behandling oppnår betydelig bedring i løpet av kort tid. Det er faglig enighet om at ERP er behandlingmessig førstevalg, men metoden er i liten grad tilgjengelig. I Norge finnes det per i dag ikke noe opplæringstilbud som gir tilstrekkelig kompetanse i ERP-behandling. Ettersom lidelsen har lav klinisk forekomst har behandlere begrenset mulighet til å oppnå kontinuerlig praksis gjennom dagens organisering av behandlingstilbudet.

For å implementere ERP-behandling vurderes det som nødvendig at det opprettes spesialiserte OCD-team knyttet til eksisterende klinikker. For å sikre tilstrekkelige opptaksområder anbefales det at disse følger Helseforetakene. Det anbefales at disse teamene mottar tilstrekkelig undervisning og praksis under veiledning. Planen vurderes å kunne gjennomføres med en tidsramme på 4 år, og bygger på dokumenterte metoder for implementering og kontinuerlig evaluering.

Det er sannsynlig at implementeringstiltaket vil føre til at flere pasienter blir diagnostisert på et tidligere tidspunkt. Pasientene vil da kunne tilbys dokumentert effektiv behandling utført av personer med spesialkompetanse og kontinuerlig praksis på området. Gjennom dokumentert virksom behandling og kort behandlingstid er det sannsynlig at øvrige klinikker i opptaksområdene vil avlastes og at behandlingstkostnadene forbundet med den aktuelle pasientgruppen reduseres.

## Bakgrunn for rapporten

Den 4. november 2009 viste TV2 en dokumentarfilm ("Psyk forvandling") der det ble påpekt at det finnes effektiv behandling for pasienter som lider av tvangslidelser (OCD), men at få pasienter får tilbud om dette. Dette ble tatt opp i et skriftlig spørsmål fra leder for helse- og omsorgskomiteen Bent Høie til Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen 06.11.2009. Det ble blant annet spurt om "...hva som gjøres for å sikre at pasienter med psykiske lidelser, herunder pasienter med tvangslidelser, får tilbud om rett og effektiv behandling for sin diagnose første gang de oppsøker behandling".

I sitt svar datert 16.11.2009 skriver helse- og omsorgsministeren blant annet at "*Det er bekymringsfullt at ikke alle får tilbud om effektiv behandling for sin psykiske lidelse*" og at "*..jeg vil også be Helsedirektoratet gi et særskilt oppdrag til Institutt for kognitiv terapi om å holde kurs med opplæring i eksponeringsterapi i samarbeid med de regionale helseforetakene*".

Etter å ha mottatt forespørsel fra Helsedirektoratet om å utarbeide et forslag til implementeringsplan, har Norsk Forening for Kognitiv Terapi opprettet en arbeidsgruppe for å evaluere dagens situasjon og utarbeide forslag til hvordan det er mulig å implementere dokumentert virksom behandling for pasienter med OCD.

### Arbeidsgruppens oppgave

1. Beskrive utbredelse av OCD, hva som er dokumentert virksom behandling for lidelsen og i hvilken grad slik behandling er tilgjengelig.
2. Utarbeide et forslag til implementeringsplan for å sikre at flere pasienter med OCD kan få tilbud om dokumentert virksom behandling.

### Arbeidsgruppens sammensetning

Norsk Forening for Kognitiv Terapi:	Torkil Berge
Norsk Forening for Kognitiv Terapi:	Eli Tønseth
Norsk OCD-forening Ananke:	Jon Thoresen
NTNU og St. Olavs Hospital:	Bjarne Hansen
Sørlandet sykehus:	Gunvor Launes
Oslo Universitetssykehus:	Unn Beate Kristiansen
Psykiatrisk klinikk Førde:	Thorbjørn Olsen

## **Tvangslidelser**

Tvangslidelser (OCD) består som oftest av både tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangstanker er tilbakevendende forstyrrende eller meningsløse tanker, idéer, fantasier eller impulser som pasienten forsøker å ignorere eller se bort fra, uten at dette lykkes. Tvangshandlinger er gjentatt meningsløs eller overdreven atferd som vasking og sjekking. Det kan også være mentale ritualer som telling og gjentakelse av spesielle ord. Disse utføres for å forebygge fare eller nøytralisere ubehag og angst (1).

Det har blitt vist at OCD er en av de mest invalidiserende psykiske lidelsene, forbundet med stort funksjonstap, problemer knyttet til samliv, stor belastning for pårørende og betydelig kostnader for samfunnet. De fleste med tvangslidelse rammes tidlig i livet og ubehandlet varer lidelsen som regel livet ut (2-6). Det finnes dokumentert effektiv behandling for lidelsen, og 60-70 % av pasientene som mottar denne behandlingen opplever betydelig bedring i løpet av kort tid. Til tross for dette mottar få pasienter tilbud om slik behandling.

### **Utbredelse**

I flere befolkningsstudier har det blitt rapportert at OCD er den fjerde mest utbredte psykiske lidelsen og at rundt 1-3 % av befolkningen til en hver tid er rammet (7). Selv om det ofte blir referert til disse anslagene, har det blitt vist at slike studier har en tendens til å produsere kunstig høye anslag. Rundt 80 % av dem som i disse studiene har blitt vurdert å ha hatt OCD i løpet av livet blir ikke vurdert å tilfredsstille kriteriene når utredningen i etterkant blir utført av spesialister på området (8-9).

Selv om den reelle forekomsten i befolkningen antas å være 0.2-0.5 %, er pasienter med OCD underrepresentert i behandlingsapparatet, og det tar vanligvis lang tid fra pasienter utvikler lidelsen til de mottar rett diagnose og behandling (10-12). Den lave kliniske forekomsten innebærer betydelige utfordringer knyttet til organiseringen av behandlingstilbudet, ettersom utvikling og opprettholdelse av behandlingskompetanse krever kontinuerlig praksis.

### **Behandling**

Det finnes to dokumentert virksomme behandlingsmetoder for OCD, og dette er medikamentell behandling med SRI-preparater og eksponering med responsprevensjon (ERP). På grunn av kort behandlingstid, høyere grad av symptombedring, mindre bivirkninger og lavere risiko for tilbakefall etter endt behandling, er det vanlig å anbefale ERP som førstevalg (13).

Det er utviklet flere steg-for-steg manualer for gjennomføring av ERP-behandling (14-18). Gjennom et titalls studier har det blitt demonstrert at metoden er kostnadseffektiv og at ERP kan gi betydelig symptomreduksjon hos 60-70 % av pasientene i løpet av rundt 15 konsultasjoner (19). ERP vil ofte skje i kombinasjon med ulike former for kognitive intervensjoner, rettet mot tvangstanker og mot å øke etterlevelse av behandlingen og redusere risikoen for frafall.

## **Kliniske retningslinjer**

Faglig er det bred enighet om at ERP er behandlingssmessig førstevalg. Dette støttes av eksempelvis The American Psychological Association, som har konkludert med at ERP er tilstrekkelig dokumentert til å vurderes som behandlingssmessig førstevalg for både barn og voksne med OCD (20). Dette er også i tråd med retningslinjer fra Storbritannia, "NICE Clinical Guidelines" for behandling av tvangslidelser (21), som konkluderer med at ERP bør være en sentral del i all behandling av OCD.

Også i Norge har det vært enighet om at behandling med ERP er rett behandling for tvangslidelser. I Helsetilsynets Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser angis det at ERP er rett behandling for OCD (22). Dette er også i tråd med den nyeste Veileder for DPS, og Prioriteringsveilederen PH der eksponeringsterapi omtales som en relevant terapi, samt uttalelser av Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen om at dette skal være tilgjengelig behandling.

## **Behandlingstilgjengelighet**

Til tross for faglig enighet om at pasienter med OCD bør få tilbud om ERP, er slik behandling i liten grad tilgjengelig. Dette har blitt påpekt gjennom tidligere opprop fra behandlings- og forskningsmiljøer samt pasientorganisasjonen Norsk OCD-forening Ananke.

I intervjuer sendt på TV2 november 2009 har dette også blitt tatt opp av divisjonsdirektør i Helsedirektoratet Ellinor Major, leder for helse- og omsorgskomiteen Bent Høie og statssekretær Ragnhild Mathisen. I svar på skriftlig spørsmål fra Bent Høie uttalte også helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen at rett behandling for OCD i liten grad er tilgjengelig.

## **Begrenset opplæring**

For å oppnå kompetanse i å gjennomføre ERP-behandling, er det i tillegg til tradisjonell undervisning nødvendig med spesialisert klinisk veiledning og mulighet til å møte et tilstrekkelig antall pasienter (23). I løpet av grunnutdanningen på psykolog- og legestudiet ved norske universiteter gis det 0-4 timer undervisning om behandling av OCD. For leger som tar spesialistutdanning i psykiatri eller for psykologer som gjennomfører en klinisk spesialistutdanning, er den mest omfattende organiserte opplæringen et 2-dagers valgfritt kurs. Klinisk veiledning av fagpersoner med kompetanse i ERP-behandling er i liten grad tilgjengelig.

Den mest omfattende opplæringsinnsatsen på OCD-feltet har blitt gjennomført av Norsk Forening for Kognitiv Terapi og Norsk OCD-forening Ananke. Disse organisasjonene har begge arrangert kurs for et meget høyt antall helsepersonell i psykisk helsevern. Formålet med kursene har vært å øke kompetanse i diagnostikk og å gi en innføring i prinsippene for gjennomføring av ERP-behandling. Erfaringene har

vært at behandlere opplever økt kunnskap om lidelsen og får økt kompetanse i diagnostisering, men at slike en eller todagers kurs ikke gir det nødvendige kompetansegrunnlag for å gjennomføre effektiv behandling. Det er dessuten en gjennomgående tilbakemelding at få har mulighet til å oppnå den mengdetrening som er nødvendig, som følge av lav forekomst av OCD i de fleste klinikker.

### **Organisering av behandlingstilbudet**

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det bygget opp 75 DPSer over hele landet, disse har hovedansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i et gitt geografisk område. Som supplement til disse enhetene, tilbys det også behandling gjennom privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Det forventes i dag at alle enheter skal ha kompetanse og kunne tilby behandling til et bredt spekter av lidelser.

For OCD som har lav klinisk forekomst og hvor behandlingsmetodene er kompliserte, kan dette være utfordrende. På den ene siden vil det være kostbart å skulle tilby nødvendig opplæring til ansatte ved alle enhetene. Samtidig vil dette praktisk være vanskelig å gjennomføre ettersom utvikling av nødvendig kompetanse krever kontinuerlig praksis og kollegaveiledning.

### **Tidligere implementeringstiltak**

Det er meget godt dokumentert at ferdighetsbasert opplæring og evaluering av utøver, virker (24). I Norge har det tidligere blitt gjennomført flere implementeringsprosjekter der behandlere har fått opplæring i å gjennomføre eksponering med responsprevensjon (ERP). Behandlingsresultatene fra flere av disse har vært svært gode og blitt publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrift.

Felles for disse tiltakene er at behandlerne har mottatt spesialisert opplæring med hovedvekt på klinisk veiledning, og prosjektene har hatt større opptaksområde enn det DPSer har. Disse tiltakene har i stort grad vært knyttet til forskningsprosjekt som har vært tidsbegrenset, og har i liten grad ført til endring av klinisk drift over tid. Slike prosjekt har vist at det er mulig å oppnå gode resultater og sannsynliggjør at det er mulig å overføre erfaringene fra slike prosjekter til klinisk praksis.

## **Plan for implementering av eksponering med responsprevensjon for pasienter med tvangslidelser**

Målet med implementeringsplanen er å gjøre eksponering med responsprevensjon (ERP) tilgjengelig for flere pasienter som lider av tvangslidelser (OCD). Planen er utviklet for å sikre at et tilstrekkelig antall behandlere oppnår tilstrekkelig opplæring og praksis under veiledning. Planen vurderes å kunne gjennomføres med en tidsramme på 4 år og bygger på dokumenterte metoder for implementering av de aktuelle metodene. Ved å gjøre ERP-behandling tilgjengelig er det sannsynlig at flertallet av OCD-pasientene vil kunne oppleve betydelig symptomreduksjon i løpet av kort tid. Dette vil kunne frigjøre behandlingsskapasitet som kan være til stor hjelp for andre pasientgrupper. Implementeringsplanen består av følgende hovedområder:

### **1. Opprettelse av spesialiserte behandlingsteam**

Det vurderes ikke som realistisk at alle behandlere innenfor psykisk helsevern kan oppnå tilstrekkelig kompetanse i gjennomføring av ERP-behandling. Dette ville kreve betydelige resurser og ikke være hensiktsmessig ettersom den kliniske forekomsten er for lav. Ved å opprette polikliniske OCD-team som hver består av minimum 4 personer vil det være mulig å sikre kontinuitet og nødvendig kollegaveiledning. For å sikre tilstrekkelig praksis vil det være hensiktsmessig at minimum 50 % av disse personenes praksis er knyttet til behandling av pasienter med OCD.

### **2. Sikre tilstrekkelig opptaksområde**

Det anbefales at OCD-teamene knyttes til eksisterende klinikker, men at det kun opprettes ett slikt team i hvert av Helseforetakene som tilbyr behandling for psykiske lidelser. Dette for å sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag for teamene. Basert på antall pasienthenvisninger til klinikker som i dag tilbyr ERP-behandling antas dette å være tilstrekkelig for å oppnå tilnærmet full behandlingsdekning.

### **3. Ledelsesforankring**

For å sikre effektiv implementering vurderes det som nødvendig med tilstrekkelig ledelsesforankring nasjonalt, regionalt og lokalt. Det vurderes som viktig å sannsynliggjøre overfor de enkelte helseforetakene at opprettelsen av spesialiserte OCD-team vil frigjøre mer midler enn utgiftene forbundet med drift av disse. Samarbeid med de lokale helseforetakene vil også være avgjørende for å sikre samarbeid mellom de ulike kliniske enhetene. Dette vurderes å være viktig for å sikre at pasienter fra opptaksområdet blir henvist til OCD-teamene.

### **4. Tilstrekkelig opplæring og veiledning**

Det er godt dokumentert at ferdighetsbasert opplæring i eksponering med responsprevensjon (ERP) er effektivt. Opplæringen av behandlere vil derfor bygge på

både undervisning (6 todagers samlinger) og betydelig klinisk veiledning (minimum 50 timer i gruppe) i løpet av 18 måneder. Kompetansebevis vil kunne tildeles når kandidatene har gjennomført opplæringen og gjennomført minimum 3 godkjente behandlingsforløp. Gjennom denne opplæringen vil behandlerne kunne oppnå nødvendig kompetansen for å tilby evidensbasert behandling. Gjennom opplæringen vil det også legges et godt grunnlag for fortsatt kollegaveiledning i de enkelte teamene. Det anbefales at utdanningen organiseres og gjennomføres i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv Terapi som har betydelig erfaring og kompetanse knyttet til slik opplæring.

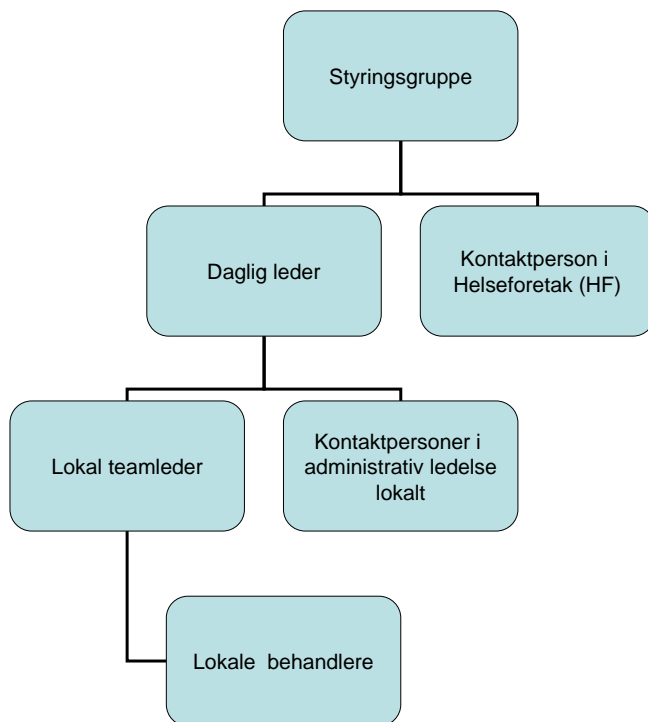
## **5. Kontinuerlig evaluering**

Det finnes flere godt validerte måleinstrumenter for diagnostikk og vurdering av behandlingseffekt ved OCD. Det forutsettes at de ulike OCD-teamene forplikter seg til å benytte en felles standard for systematisk evaluering av diagnostikk og behandling. Gjennom dette vil det være mulig å tilby kontinuerlig tilbakemelding og veiledning til behandlerne, samt sikre at behandlingen blir utført rett. Dette vil også gjøre det mulig å vurdere effekten av implementeringsplanen.

## **6. Organisering**

Det anbefales at det opprettes en styringsgruppe for gjennomføring av tiltaket. Denne gruppen bør bestå av personer med erfaring fra implementeringsarbeid, representant for Norsk Forening for Kognitiv Terapi, eksperter innen ERP-behandling for OCD og representant for brukerorganisasjonen Norsk OCD-forening Ananke. Det anbefales videre at det ansettes en prosjektleder og en person i merkantil stilling. Ettersom gjennomføring avhenger av forankring i ledelsen anbefales det at en representant fra hvert av de aktuelle Helseforetakene blir invitert til å delta. Gjennom samarbeid med de enkelte Helseforetakene vil det bli tatt kontakt med aktuelle klinikker og ledelsen ved disse. Rekruttering av aktuelle teamledere og behandlere vil kunne gjennomføres i samarbeid med disse representantene.





Figur 1. Implementeringsorganisasjon

## 7. Finansiering

Det vurderes som sannsynlig at driften av OCD-teamene vil frigjøre mer ressurser for de enkelte Helseforetakene enn den kontinuerlige driften vil utgjøre. Opprettelse av slike team vurderes derfor å være et effektiviseringstiltak. For klinikkene der teamene opprettes anbefales det at det gjøres avtale med lokalt Helseforetak om eventuell kompensasjon for inklusjon av pasienter utenfor eget opptaksområde. Det anbefales at utgifter forbundet med gjennomføring av implementeringsplanen blir dekket nasjonalt. Dette vil innebære utgifter forbundet med ansettelse av prosjektleder og en person i merkantil stilling samt øvrige utgifter til drift og opplæring av teamledere og behandlere.

## 8. Fremdriftsplan

Implementeringsplanen vurderes å kunne gjennomføres i løpet av 4 år. I fase I vil det være viktig at implementeringsorganisasjonen etableres. Dette innebærer opprettelse av styringsgruppe, ansettelse av daglig leder og person i merkantil stilling. Behandlingsmanual og annet materiell vil deretter kunne utvikles og tilpasses. Det vil også være mulig å opprette hjemmeside med ressursdatabank for pasienter, pårørende og behandlere. Dette vil inkludere nyttig informasjon om lidelsen, om diagnostikk og

behandling. Denne siden vil også være viktig for å formidle informasjon om opprettelse av OCD-team og hvordan pasienter, pårørende og behandlere kan komme i kontakt med disse. Det vil i denne fasen arbeides med å rekruttere kontaktpersoner i Helseforetakene og aktuelle klinikker. I samarbeid med disse vil det være mulig å rekruttere teamledere og behandlere. I fase I vil det i samarbeid med pasientorganisasjonen kunne arbeides systematisk inn mot media noe som vil kunne bidra til større kunnskap om lidelsen og om behandlingstilbudet.

I fase II starter opplæring for første gruppe teamledere og behandlere. Det vil parallelt med dette arbeides for rekruttering av ytterligere Helseforetak og klinikker som ønsker å delta i andre opplæringsrunde. I denne fasen vil det arbeides med innsamling av pasientdata relevant for evaluering av implementeringsplanen. I fase III vil det gjennomføres kontinuerlig evaluering og veiledning av første gruppe teamledere og behandlere. Det vil også gjennomføres oppstart av opplæring for andre gruppe teamledere og behandlere. I fase IV vil det arbeides med stabilisering og kontinuerlig veiledning og oppfølging av alle teamene. Det vil også bli utarbeidet en grundig sluttrapport der effekten av tiltaket blir evaluert på pasient- og systemnivå.

1. år	2. år	3. år	4. år
Etablering av organisasjon	Utdanning av første gruppe teamledere og behandlere	Kontinuerlig evaluering og veiledning av første gruppe teamledere og behandlere	Stabilisering gjennom kontinuerlig veiledning og oppfølging av teamene
Utarbeidelse av behandlingsmateriell og hjemmeside/ressursdatabank	Rekruttering av klinikker og teamledere til andre gruppe	Oppstart utdanning av andre gruppe teamledere og behandlere	Utarbeidelse av sluttrapport
Etablere rutiner for registrering og lagring av pasientdata			
Rekruttere kontaktpersoner i Helseforetak (HF) og klinikker. Rekruttere teamledere og behandlere til første gruppe.			

## 9. Evaluering av implementeringstiltaket

Det vil være relevant å evaluere effekten av implementeringstiltaket på en rekke områder. For det første å kontinuerlig evaluere faktisk progresjon mot milepæler som er spesifisert i fremdriftsplanen. For det andre evaluere effekten av tiltaket i forhold til hovedmålene som er:

- I hvilken grad får flere pasienter med tvangslidelse (OCD) rett diagnose på et tidlig tidspunkt.

- I hvilken grad får flere pasienter tilbud om effektiv behandling av behandlere med tilstrekkelig opplæring og kontinuerlig praksis.
- I hvilken grad opplever pasienter og pårørende økt tilfredshet med tilbudet.
- I hvilken grad har tiltaket ført til at øvrige klinikker avlastes og at behandlingskostnadene forbundet med den aktuelle pasientgruppen reduseres.
- I hvilken grad har tiltaket ført til endringer på systemnivå ved at holdninger, kunnskap og kompetanse videreføres.

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: Author.
2. Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1988). Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacologic trials in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, *24*, 466–470.
3. Koran L. M., Thienemann, M. L., Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 783–788.
4. Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 19–22.
5. Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 441–443.
6. Magliano, L., Tosini, P., Guarneri, M., Marasco, C., & Catapano, F. (1996). Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *European Psychiatry*, *11*, 192–197.
7. Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094–1099.
8. Nelson E, & Rice, J. (1997). Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 826–831.
9. Stein, M. B., Forde, D. R., Anderson, G., & Walker, J.R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1120–1126.
10. Fireman, B, Koran, L. M., Leventhal, J. L., & Jacobson, A. (2001). The Prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1904–1910.
11. Nestadt, G., Samuels, J. F., Romanoski, A. J., Folstein, M. F., & McHugh, P. R. (1994). Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 219–224.
12. Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S., & Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of general psychiatry*, *47*, 487–496.
13. National Collaborating Centre for Mental Health (2006). *Obsessive-compulsive*

- disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London (UK): British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists (National clinical practice guideline; no. 31).
14. Abramowitz, J. S. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychotherapy: Evidence Based Practice*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
  15. Franklin, M. E., & Foa, E. B. (1998). Cognitive-behavioral treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. In P. Nathan, & J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 339–357). Oxford, England: Oxford University Press.
  16. Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive compulsive disorder: A cognitive behavioral approach. Therapist guide*. San Antonio: The Psychological Corporation.
  17. Riggs, D. S., & Foa, E. B. (1993). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
  18. Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
  19. Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310–1325.
  20. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training and dissemination of empirically validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3–23.
  21. National Collaborating Centre for Mental Health (2006). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London (UK): British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists (National clinical practice guideline; no. 31).
  22. *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Statens helsetilsyns utredningsserie 4–99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
  23. Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2004). *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Oxford: Elsevier.
  24. *Håndbok i å endre praksis. Kunnskapsbasert håndbok i implementering*. <http://sites.google.com/site/fagressurser/implementering/hndbok-i-implementering>