

**Kjennetegn og behandlingsforløp for klienter i  
psykiatriske ungdoms-team – en prospektiv studie**

Edle Ravndal og Grethe Lauritzen

## **Kjennetegn og behandlingsforløp for klienter i psykiatriske ungdoms-team – en prospektiv studie**

De psykiatriske ungdomsteamene er en viktig del av behandlingstilbudet til stoffmisbrukere. Men dette tilbudet har aldri blitt systematisk evaluert. Hvilke klienter benytter seg av tiltaket og hvor mange fullfører behandlingen?

Tore Schweder og Olaf Aasland takkes for bistand til de statistiske analysene. Undersøkelsen ble finansiert av Statens institutt for rusmiddelforskning, Norges forskningsråd og Rådet for psykisk helse.

### **Innledning**

Utbyggingen av tiltak for stoffmisbrukere i Norge har konsentrert seg langs to hovedakser: poliklinisk baserte behandlingsformer og langtids-døgnbehandling. Den største gruppen av polikliniske tiltak er de såkalte psykiatriske ungdomsteam (PUT) som i hovedsak har vært forankret innen det psykiske helsevernet (Heitun, 1988). Dette er tverrfaglige team for poliklinisk behandling, primært rettet mot unge stoffmisbrukere.

PUT'ene har vært en viktig del av det norske behandlingsapparatet for stoffmisbrukere helt siden slutten av syttitallet. Den opprinnelige målsettingen var at teamene skulle arbeide med ungdom og unge voksne, det vil si aldersgruppen 15–30 år. Utadrettet virksomhet og samarbeid med andre instanser skulle stå sentralt. Grunnstammen i teamene har vært psykolog, lege og sosionom samt andre relevante faggrupper innen helse- og sosialsektoren. Ved utgangen av 2003 var det 34 slike team i Norge (Narkotikasituasjonen i Norge, 2003).

PUT'ene og deres klienter har aldri blitt systematisk evaluert. Da vår «Kostnad–nytte»-undersøkelse av ulike behandlingstilbud for stoffmisbrukere startet opp i 1997, mente vi at det var viktig at også PUT'ene ble inkludert i undersøkelsen (Melberg, Lauritzen & Ravndal, 2003). Som ett av de mest utbredte typer tiltak innen behandlingssektoren for stoffmisbrukere, var det viktig både å kartlegge hvilke klienter som benyttet seg av tiltakene og hvordan behandlingen forløp over tid. Bestod klientene primært av yngre aldersgrupper, hvilke typer problemer hadde de og hvilke typer endringer fant eventuelt sted etter en observasjonstid på to år? Hvor mange klienter fullførte behandlingen og hva kjennetegnet de klientene som fullførte?

## Metode

Dataene er hentet fra en større prospektiv nytte- og kostnadsundersøkelse av stoffmisbrukere i behandling (Melberg et al., 2003). Ca. 500 stoffmisbrukere fra 20 ulike tiltak, inklusive PUT-klientene, ble intervjuet tre ganger med ett års mellomrom. Av ressurs hensyn ble undersøkelsen lagt til Oslo og de nærmeste omkringliggende fylker. Vi valgte derfor å inkludere de tre PUT'ene i Oslo i undersøkelsen: PUT Gaustad, PUT Ullevål og PUT Diakonhjemmet/Lovisenberg.

### PUT-undersøkelsen

Til sammen ble 100 klienter rekruttert fra de tre teamene med en tredjedel fra hvert tiltak i tidsrommet januar 1998 og frem til juli 1999. Klientene ble fulgt opp med personlig intervju to ganger med ett års mellomrom. I den grad det var mulig ble rekrutteringsintervjuene av nye klienter foretatt fortløpende. Definisjonen av en ny klient var at vedkommende ikke hadde vært i behandling innenfor rekrutteringstiltaket i løpet av de siste tre måneder, og heller ikke hadde blitt intervjuet for undersøkelsen i et annet tiltak. Deltakelsen var frivillig og basert på et informert samtykke. Klientene ble først forespurt om intervju etter annen samtaletime.

For å kontrollere at vårt utvalg av klienter fra de ulike PUT'ene var representative for alle klientene i den ett og et halvt år lange rekrutteringsperioden, ble det registrert noen grunnlagsdata (alder, kjønn, rusmiddelbruk) på klientene som var innom de tre teamene i løpet av samme periode, men som av ulike grunner ikke ble med i undersøkelsen. I forhold til disse dataene synes våre utvalg av klienter ved de tre PUT'ene å være representative for totalpopulasjonen av klienter i rekrutteringsperioden (Melberg et al., 2003).

Behandlingen ved de tre PUT'ene var meget forskjellig, både mellom og innad i teamene. I to av teamene ble det ofte brukt en løsningsfokusert tilnærming, mens det i det tredje i hovedsak ble arbeidet ut fra en mer psykodynamisk forståelse. Behandlingen ble tilrettelagt individuelt ut fra klientens spesifikke «bestilling» og behandlingsbehov.

Hovedinstrumentene ved rekruttering og ved begge oppfølgingene var European Addiction Severity Index (EuropASI) (Kokkevi & Hartgers, 1994; McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980) og Symptom Checklist-25 (SCL-25) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974). EuropASI kartlegger rusmiddelbruk, arbeid, familie, sosiale relasjoner, fysisk og psykisk tilstand, kriminalitet og tidligere behandling siste 30 dager før intervju og i et livsløpsperspektiv. Hvert rusmiddel blir kartlagt hver for seg, og også antall år hver person har hatt en regelmessig bruk av det

aktuelle rusmiddel. ASI-indeksen for alkohol- og stoffproblemer inkluderer også to spørsmål om hvor alvorlig klienten selv opplever sitt rusproblem og i hvilken grad han/hun har behov for behandling.

SCL-25 kartlegger angst og depresjon siste uke. En skåre på over 1.00 blir betegnet som klinisk tilfelle. Ved rekruttering brukte vi i tillegg Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II) som måler ulike trekk og personlighetsforstyrrelser i følge DSM-III-R (Millon, 1987). For nærmere redegjørelse for intervjuprosedyrer se Melberg et al. (2003).

### Statistikk

Bivariate sammenhenger ble testet med kji-kvadrattest og Pearsons r, og multivariate sammenhenger ble testet med logistisk regresjon. Vanlig t-test og kji-kvadrattest ble brukt for å måle forskjeller mellom gruppene. For å måle endring over tid på bruk av syv forskjellige rusmidler og syv ASI-indeks ble verdiene plottet langs en tidsakse med tre punkter, t0, t1 og t2, og stigningskoeffisienten (beta) for hver enkelt respondent basert på de tre punktene ble beregnet. For hvert stoff og for hver ASI-indeks ble det så beregnet en gjennomsnittlig beta som et uttrykk for endring over tid i den aktuelle gruppen. En negativ gjennomsnittlig beta betyr at det for gruppen som helhet går bedre (verdiene går ned). Fordi betaene for hver variabel sjelden er normalfordelte, ble Wilcoxon's rank sum test benyttet for å se om summen av betaverdiene var statistisk signifikant forskjellig fra null.

**Tabell 1. Bakgrunnsdata for PUT-klienter ved inntak til behandling**

	Alle (18–51 år) n = 100	De yngste (18–25 år) n = 45	De eldste (26–51 år) n = 55
<i>Demografiske forhold</i>			
Gjennomsnittsalder	27 år	22 år	32 år
Kvinner ( %)	35	36	35
Gift ( %)	2	0	4
Barn ( %)	21	4	35***
Skoleelev/student siste 3 år ( %)	22	40	7***
Arbeidsledig siste 3 år ( %)	30	13	44***
Eget arbeid siste 6 mnd. ( %)	58	72	45*
Sosialhjelp siste 6 mnd. ( %)	47	36	56*
Uførepensjon siste 6 mnd. ( %)	5	1	4
<i>Helseproblemer</i>			

	Alle (18–51 år) n = 100	De yngste (18–25 år) n = 45	De eldste (26–51 år) n = 55
Kroniske medisinske problemer ( %)	34	24	42
Antall mnd. i døgntil behandling	7	3	11**
Antall mnd. i poliklinisk behandling	4	3	5
Antall personlighetsforstyrrelser	3	3	2
GSI klinisk tilfelle ( %)	49	53	46
<i>Kriminalitet</i>			
Antall mnd. i fengsel	6	1	9***

## Resultater

Bakgrunnsdata ved inntak til behandling er gjengitt i Tabell 1.

Klientenes gjennomsnittsalder ved inntak til behandling var 27 år (spredning: 18–51 år). Kvinnene var noe yngre enn mennene (26 vs. 28 år). Den største aldersgruppen (57 %) lå mellom 20 til 29 år, og 31 % lå mellom 30 og 39 år. Åtte klienter var under 20 år, og kun fire var 40 år og eldre. Det var ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller.

Som forventet var de eldste klientene statistisk signifikant mer belastet enn de yngste. Det var kun på GSI ved inntak til behandling at den yngste gruppa syntes å ha noe mer omfattende psykiske problemer.

Hovedrusmiddelet for PUT-klientene den siste måneden før inntak var cannabis (60 %). I alt 36 % oppga sprøytebruk, 33 % bruk av benzodiazepiner, 31 % bruk av heroin og 28 % bruk av amfetamin. Kun syv personer oppga bruk av stoffer som ecstasy og GHB.

Varigheten av klientenes rusmiddelbruk er gjengitt i Tabell 2 for de klientene som har brukt det aktuelle rusmiddelet regelmessig (minst 3 dager i uka) i ett år eller mer. I Norge er sprøyter vanlig både ved bruk av amfetamin og heroin.

**Tabell 2. Gjennomsnittlig antall år med ulike typer rusmidler hos PUT-klienter før inntak til behandling.**

Type stoff	Alle (n = 100)	De yngste (n = 45)	De eldste (n = 55)
Cannabis	7.6	3.4	10.9***
Alkohol til beruselse	3.4	1.8	4.6**
Heroin	2.8	0.6	4.5***
Benzodiazepiner	2.5	0.9	3.7**
Amfetamin	2.1	1.5	2.5
Opiater	0.7	0.4	0.9
Hallusinogener	0.3	0.6	0.2
Sniffemidl	0.3	0.3	0.4
Kokain	0.1	0.1	0.1
Sprøyter	3.9	0.9	6.5***

Den gjennomsnittlige sprøytebruken hadde derfor vart lenger enn den gjennomsnittlige bruken av heroin. Bortsett fra at mennene hadde brukt cannabis i statistisk signifikant flere år enn kvinnene (9 vs. 5 år;  $p < 0.01$ ) var det ingen kjønnsforskjeller i forhold til tiden de to kjønn hadde brukt de ulike rusmidlene.

I alt 41 % av klientene hadde en antisosial personlighetsforstyrrelse ut fra MCMI-II. Dette var den hyppigste personlighetsforstyrrelsen nest etter passiv-aggressiv (40 %), narsissistisk (32 %), histrionisk (29 %), borderline (24 %) og aggressiv sadistisk (21 %). Det var kun på passiv-aggressiv at det var statistisk signifikant flere personlighetsforstyrrelser blant de yngste enn blant de eldste ( $p < 0.01$ ).

På SCL-25 hadde 52 % av klientene en skåre som tilsier klinisk tilfelle på angst, 45 % på depresjon og 51 % på samleindeksen GSI.

### Første og annen oppfølging

Ved første oppfølging, ett år etter inntak til behandling, var to personer døde (2 %). Av de 98 gjenlevende ble 89 intervjuet (91 %). Ved andre oppfølging, to år etter inntak til behandling, var ytterligere en person død. Nå ble 86 klienter av 97 gjenlevende intervjuet (89 %). To klienter døde av overdose og en ved selvmord.

I forhold til de enkelte rusmidlene var det en statistisk signifikant nedgang i bruken av heroin, amfetamin, cannabis og sprøyter, mens det ikke fant sted noen endring i bruken av benzodiazepiner eller andre opiater.

Nedgangen i bruken av heroin og cannabis var størst blant de yngste klientene (< 26 år), mens nedgangen i bruken av amfetamin og alkoholmisbruk var størst blant de eldste (> 25 år). For begge aldersgrupper fant den største endringen sted ett år etter påbegynt behandling og holdt seg stort sett ved to års oppfølgingen, bortsett fra for bruken av benzodiazepiner som økte noe blant de yngste.

Ifølge EuropASI var det en statistisk signifikant bedring på alle indeksene bortsett fra på alkoholmisbruk to år etter inntak til behandling (Tabell 3). I forhold til både økonomiske og somatiske problemer var det kun blant de eldste klientene fra 26 år og oppover at en positiv endring fant sted. Både ved inntak til behandling og etter ett år hadde ca. 40 % av utvalget eget arbeide, men etter to år hadde denne prosentandelen blitt noe redusert (35 %). Andelen uførepensjonerte økte fra fem ved inntak til syv klienter etter to år.

**Tabell 3. Gjennomsnittlige stigningskoeffisienter for regresjonslinjene som beskriver endringer fra t0 til t1 til t2.**

	Alle (n = 100) prosent aktuelle klienter i parentes a )	Under 26 år (n = 45) present aktuelle klienter i parentes a )	26 år og elder (n = 55) present aktuelle klienter i parentes a )
<i>Rusmidler</i>			
Alkohol	-0,92 (33)	0,62 (38)	-2,56 (29)*
Heroin	-2,49 (42)*	-4,61 (20)*	-1,91 (60)*
Opiater	1,55 (31)	-2,67 (13)	3,22 (27)
Amfetamin	-2,83 (38)**	-2,45 (42)*	-3,21 (34)**
Benzodiazepiner	0,07 (45)	2,15 (29)	-0,77 (58)
Cannabis	-2,31 (74)**	-4,02 (76)**	-0,86 (73)
Sprøyter	-3,12 (42)**	-3,77 (24)	-2,89 (66)**
<i>ASI</i>			
Alkohol	-0,013 (86)	-0,003 (98)	-0,023 (76)
Stoff	-0,046 (100)**	-0,057 (100)**	-0,037 (100)**
Økonomi	-0,057 (93)**	-0,004 (93)	-0,100 (93)**
Familie	-0,080 (68)**	-0,104 (67)**	-0,062 (69)**
Psykisk	-0,116 (85)**	-0,130 (93)**	-0,103 (78)**

	Alle (n = 100) prosent aktuelle klienter i parentes a )	Under 26 år (n = 45) prosent aktuelle klienter i parentes a )	26 år og eldre (n = 55) prosent aktuelle klienter i parentes a )
Kriminalitet	-0,062 (61)**	-0,108 (50)**	-0,036 (71)
Medisinsk	-0,057 (61)**	-0,030 (51)	-0,074 (69)**

På SCL-25 var det kun den yngste gruppa som hadde en statistisk signifikant bedring i både depresjons- og angstsymptomer ( $p < 0.01$ ) i løpet av den to-årige observasjonstiden.

### Intervensjoner og fullføring

PUT-klientene hadde i gjennomsnitt 14 konsultasjoner (spredning: 1 - 68; SD = 14.0) i løpet av den toårige observasjonstiden. Medianen var på ni konsultasjoner. I alt 27 % av klientene deltok i ansvarsgruppe i løpet av vår observasjonsperiode, 24 % fikk medikamenter mot psykiske plager og 16 % deltok i familiebehandling.

I alt 38 % av klientene ble vurdert til å ha fullført behandlingen. Kvinnene fullførte behandlingen noe oftere enn mennene (43 vs. 35 %), og de eldste klientene noe oftere enn de yngste (42 vs. 33 %). I en logistisk regresjon ble kjønn, alder, personlighetsforstyrrelser og antall år med regelmessig bruk av heroin, lagt inn som uavhengige variabler i forhold til fullføring av behandling.

Det å være 30 år og eldre var en positiv prediktor i forhold til fullføring, mens det å ha en eller flere personlighetsforstyrrelser og tre eller flere år med heroinmisbruk var negative prediktorer i forhold til fullføring av behandlingen.

### Diskusjon

Hele 35 % av klientene som begynte i PUT-tiltakene i Oslo var 30 år og eldre. Denne aldersfordelingen gikk stort sett igjen i alle de tre teamene. De fleste av disse klientene brukte heroin og hadde et vedvarende og alvorlig rusmiddelmissbruk med betydelige psykososiale belastninger. Dette er en målgruppe som PUT'ene opprinnelig ikke var tiltenkt. Det kan synes som om teamene har blitt en base for mange som ikke har kommet seg ut av et langvarig misbruk. Disse klientene mottar støtte/krisebehandling og hjelp til praktiske formål av terapeuter de har hatt kontakt med over lang tid. Andre kan bli henvist for utredning før institusjonsopphold. Det er mulig at så mange eldre klienter i PUT-behandling primært er et Oslo-fenomen.



Hoveddelen av PUT-klientene utgjorde imidlertid den målgruppen tilbudet er tiltenkt, det vil si unge klienter med mindre rusmiddelbelastning. I alt 69 % av klientene brukte ikke heroin ved inntak, og 58 % var i arbeid de siste seks måneder før inntak. Hovedrusmidlet var cannabis, og det var noe overraskende at så få personer oppga tidligere eller nåværende bruk av ecstasy eller GHB. Medias oppslag om utbredelsen av disse rusmidlene gjenspeiles derfor ikke i klientgrunnet for PUT'ene i Oslo i denne tidsperioden (1998–2001).

Prevalensen av personlighetsforstyrrelser var stor med hele 41 % med en antisosial og 29 % med en borderline-forstyrrelse. Dette er tall som ligger nesten helt likt med døgnklientene i «Kostnad–nytte»-undersøkelsen, som er en noe eldre og langt mer rusbelastet gruppe (Melberg et al., 2003). Også i forhold til psykiske symptomer, som angst og depresjon, skåret gruppen som helhet høyt. Dette viser at PUT-klientene, til tross for sin unge alder og mindre omfattende rusmiddelbruk, har betydelige psykiske problemer som bør stå sentralt i behandlingen. Tilsvarende resultater ble rapportert i en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling, der rusmiddelprofilen var signifikant forskjellig mellom PUT- og døgnklientene, mens psykiske problemer og tidligere belastninger var svært lik (Lauritzen, Waal, Amundsen & Arner, 1997). Det var ingen geografiske forskjeller.

Behandlingsmålene i PUT'ene synes langt mer variert enn i døgniltakene som ofte har rusfrihet og full (re)habilitering som målsetting. Samtidig er behandlingen lite intensiv, med få konsultasjoner. Dette kan tolkes i ulike retninger: Bruk av korttidsintervensjoner var en bevisst behandlingstilnærming fra teamenes side, problemene klientene ville ha hjelp til krevde ikke mer behandlingstid, klientene var lite motiverte for ytterligere behandling og/eller de falt tidlig ut av behandlingen. Sannsynligvis avspeiler det lave antallet konsultasjoner en blanding av alle faktorer.

**Tabell 4. Sannsynligheten for å fullføre PUT-behandling, logistisk regresjon (n = 100).**

Prediktorer	Beta	SE	OR
Kjønn (kvinne–mann)			
Alder (< 20 år)	-0.82	0.53	0.4
Alder (20–29 år)	1.79	1.14	6.01
Alder (30–39 år)	3.57	1.31	35.36**
Alder (> 40 år)	3.69	1.69	40.22*
PD (0–1 el. flere PD)	-1.19	0.53	0.31*

Prediktorer	Beta	SE	OR
Heroin (1–2 år)	-1.12	0.77	0.33
Heroin (3–5 år)	-2.39	0.88	0.09**
Heroin (6–10 år)	-1.56	0.97	0.21
Heroin (> 11 år)	-2.19	1.10	0.11*

Hasjbruken var utstrakt hos alle PUT-klientene, men det var kun blant de yngste at det forekom en statistisk signifikant reduksjon. Gjennomgående kan det synes som om endringene i stoffbruken var størst hos de yngste klientene, noe også ASI-indeksen indikerer. Det var derfor noe overraskende at nedgangen i bruken av amfetamin og alkohol var størst blant de eldste klientene. Sannsynligvis var både motivasjonen og muligheten til å endre sine rusvaner noe større i de yngre aldersgruppene. Reduksjonen i rusmiddelbruken hos de yngste kan også ha sammenheng med nedgangen i angst og depresjonssymptomene på SCL-25, som kun fant sted blant de yngste klientene. Dette synes å støtte opp under de kliniske inntrykkene som var at mange unge primært henvendte seg til PUT'ene for å få hjelp for psykiske problemer. At det likevel var en statistisk signifikant reduksjon på ASI-indeksen for psykiske vansker blant de eldste, kan tyde på at også de opplevde å ha fått hjelp for sine psykiske problemer.

Ser en bort fra de eldste klientene, synes det som om PUT-tiltakene har oppnådd sin målsetting om å være et lavterskeltiltak som når de unge i en tidlig fase av ruskarrieren. Sannsynligvis er dette PUT-tilbudets styrke at det både er lett tilgjengelig og favner mange, og at klientene kommer til behandling på et relativt tidlig tidspunkt i sin ruskarriere. Dermed kan det ha en forbyggende effekt i forhold til en videre ruskarriere.

En fullføringsprosent på 38 kan synes lav. Sammenlignet med mer belastede klienter i døgntiltakene i den større «Kostnad–nytte»-undersøkelsen, var fullføringsprosenten nesten helt lik (41 %) (Melberg et., 2003). Det var heller ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de yngste og de eldste PUT-klientene. Imidlertid bør fullføringsprosenten sees både i forhold til at en tredjedel av klientene var tungt belastede misbrukere, og at stoffmisbrukere generelt er vanskelige å holde fast i en behandlingsprosess.

Våre funn viser at sjansene for å fullføre behandlingen økte for klienter som var 30 år og eldre. Samtidig hadde klienter med lengre tids bruk av heroin, kontrollert for alle andre faktorer,

betydelig større sjanser for å falle ut av behandlingen. Dette var også tilfelle for klienter med en eller flere personlighetsforstyrrelser. De samme prediktorer for fullføring av behandling fant vi også blant døgnklientene i «Kostnad–nytte»-undersøkelsen (Ravndal, Lauritzen & Vaglum, 2004). Dette kan peke på at noen spesielle klientkjennetegn er viktig for fullføring av behandling enten det handler om døgnbehandling eller poliklinisk behandling og slik sett fortjener spesiell oppmerksomhet og innsats.

Utvalget vårt er ikke representativt for klienter i alle PUT-tiltak i Norge. Vår seleksjon av PUT-tiltakene i Oslo har betydning for utvalget av klienter og den mulige variasjonen blant dem på undersøkte variabler. Samtidig viser en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling at PUT-klientene i vår undersøkelse er relativt like klienter i PUT-tiltak på landsbasis (Lauritzen et al., 1997). Styrken i vår undersøkelse er det prospektive designet og den brede deknningen av bakgrunnsvariabler.

Edle Ravndal

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

E-post er@sirus.no

Tlf 22 34 04 42/00

## Referanser

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–5.
- Heitun, O. G. (1988). *De psykiatriske ungdomsteamene*. Oslo: Sentralrådet for narkotikaproblemer.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1994). European Addiction Severity Index EuropASI, Cost A6.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., & Arner, O. (1997). A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 43–63.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.

- Melberg, H. O., Lauritzen, G., & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. SIRUS-rapport nr. 4/2003, Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Ravndal, E., Lauritzen, G., & Vaglum, P. (2004). *Completion of long term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units* (submitted). Statens institutt for rusmiddelforskning. (2004). *Narkotikasituasjonen i Norge, 2003*. Oslo.