

Et veiledningsprogram for foreldre til bar med ADHD

Russel Barkleys veldokumenterte program for foreldreveiledning kan gjennomføres både individuelt og i grupper. Programmet er nå prøvd ut som kurs for foreldre ved en norsk poliklinikk.

TEKST

Anne Stine Høvo Meltzer
Eva Steinbakk

PUBLISERT 1. februar 2006

ABSTRACT:

Parental training for parents with children with ADHD: A behavioural approach
Children with behavioural difficulties (with and without attention deficit) constitute a greater part of referrals to Follo Child Psychiatric Clinic in Norway. The authors of this article sought to develop a treatment model combining stimulant medication with behavioural parental training in a group setting. The authors established that this kind of structured training seems popular among parents. Their children showed a reduction in symptoms during the running of the programme. It was not possible however, to separate the effect of the programme from the effect of the medication. After the programme the parents appeared to have enhanced their parent management skills and strengthened their social network.

EMNER

foreldreveiledningsprogram

strukturert

gruppeveiledning

Innledning

Barn med atferds- og/eller oppmerksomhetsvansker utgjorde i 2001 36 % av henvisningene til Folloklinikken BUP. Forskning viser høy komorbiditet mellom hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD) og atferdsforstyrrelser, og der dette forekommer, øker barnas risiko for å utvikle alvorlig psykopatologi inn i voksen alder (Abikoff & Klein, 1992; Cantwell, 1996). Barn med ADHD har risiko for sosial skjevutvikling. Foreldrene føler seg ofte maktesløse i oppdragelsesspørsmål. Risikoen for negative samspill og sårbart selvbilde hos barnet er en naturlig følge av dette (Shaw & Bell, 1993; Shaw, Bell & Gillion 2000; Shaw, Owens, Vondra, Keenan & Winslow, 1996). Den store amerikanske MTA-studien (Multimodal Treatment of ADHD) har dokumentert at barn med ADHD kan inndeles i ulike undergrupper som profiterer på forskjellig type behandling (Jensen et al., 2001; MTA Cooperative Group, 1999a). I MTA-

undersøkelsen var veiledning etter atferdsterapeutiske prinsipper til foreldre og skole basert på Barkleys manual.

På Folloklinikken BUP har vi hatt behov for å utvikle gode rutiner for utredning og behandling av barn med ADHD og atferdsforstyrrelser. Klientgruppen var så stor at det var viktig å dokumentere hvilke ressurser den krevde. Det første vi gjorde, var å legge om utredningsprosedyrer for å effektivisere og utbedre kartleggingsarbeidet.

Medikamentell behandling og veiledning til skole var to av de vanligste tilbudene vi ga våre klienter. Disse beholdt vi. Tilbudet til barnas foreldrene ble endret, da det var gode grunner til å tilby dem veiledning i gruppe etter et strukturert veiledningsprogram.

Russel Barkley har utviklet et program for foreldreveiledning som kan gjennomføres både individuelt og i grupper (Barkley, 1997a). Barkley gir i manualen tillatelse til å kopiere den til klinisk bruk. I 2001 søkte vi og mottok midler fra R-BUP for å lage en pilotundersøkelse for å prøve ut Barkleys gruppeprogram. Etter å ha gjennomført tre foreldrekurs ønsker vi å belyse følgende problemstillinger:

1. Bør foreldre til barn med ADHD ha et foreldreveiledningsprogram som er spesielt tilpasset?
2. Har strukturert foreldreveiledning effekt på barnas symptomer?
3. Øker strukturert foreldreveiledning foreldrenes opplevelse av kompetanse som oppdragere?
4. På hvilke områder rapporterer foreldre at de nyttiggjør seg gruppeveiledning?

Metode

Utvalget var på 24 foreldre, 13 kvinner og 11 menn, som hadde barn som nylig var utredet ved BUP. Alle barna hadde fått ADHD-diagnose etter en minstestandard for utredning av denne tilstanden (observasjon i skole, grundig anamnese, strukturerte kartleggingsskjemaer (Achenbach og Barkley), anamnese, evneutredning og nevropsykologisk testing, barnenevrologisk undersøkelse). Der det lå indikasjon for komorbiditet, ble dette utredet for seg. I gruppen var det forekomst av ulike komorbide tilstander hos barna, som tilknytningsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse. Barna i undersøkelsen ble av foreldrene beskrevet som svært grenseutprøvende selv om ikke alle fylte kriterier for atferdsforstyrrelse. Kjønnnsfordelingen var 11 gutter og 1 jente. Aldersfordelingen var mellom 5 og 13 år, men 8 barn lå innenfor aldersspredningen 7–11 år. Foreldrene hadde forskjellig relasjon til barnet (biologisk foreldre gift/samboende, mor og stefar, foster-foreldre). Vi stilte krav om at der det var to omsorgspersoner i hjemmet måtte begge møte på kurset. I forkant ble hver forelder spurt om han/hun ville gi samtykke til at dataene de gav om seg selv og sitt barn i anonymisert form, kunne brukes som datagrunnlag for vårt evalueringsprosjekt. Alle foreldrene samtykket skriftlig i dette. Prosjektet ble meldt til Datatilsynet, og rådata ble oppbevart og registrert i samsvar med gjeldende regler.

To behandlere brukte 20 timer på å formidle kurset til fem foreldrepar. I løpet av ti måneder holdt vi tre foreldrekurs etter hverandre. Vi klarte med dette å dekke

veiledningsbehovet til alle som ønsket veiledning i gruppe vår og høst 2002. Klinikken program med å utrede barn med ADHD to ganger per år ble beholdt da vi så at kapasiteten dekket behovet.

Foreldreveiledningsprogrammet

Barkleys foreldreveiledning baserer seg på atferdsorienterte intervensjoner, og en rekke studier dokumenterer dets effekt (Barkley, 1997a). Barkley har utarbeidet en manual som tjener flere formål. Programmet er spesielt laget for barn mellom 4–13 år som ikke samarbeider, som krangler, er opposisjonelle, sta, og som har en sosialt avvikende atferd alene eller i sammenheng med andre barndomsforstyrrelser. Programmet kan også brukes i forhold til barn som av mer ytre årsaker reagerer med å vise manglende samarbeid, eller som er mildt retarderte.

Barkleys (1997a) manual inneholder detaljert instruksjon for klinisk veiledning og evaluering av barn med atferdsmessige forstyrrelser. Ved manualen følger intervjuguiden og atferdsskalaer for å evaluere barnets og foreldrenes respons på veiledning. Skjemaene kan kopieres og oversettes fra manualen til klinisk bruk. Manualen inneholder et sett med foreldreoppgaver som skal brukes i programmet. Dette er instruksjoner til foreldrene for hva de skal gjøre hjemme. Oppgavene er laget slik at de er lettfattelig og korte i formen.

Barkley (1997a) understreker at programmet og manualen er laget for fagfolk med erfaring og utdanning innen området atferdsvansker hos barn. Terapeuter som bruker programmet, må ha adekvat kunnskap og trening i normalutvikling og psykopatologi hos barn, sosial læringsteori og atferdsmodifiserende teknikker.

Barn som er 12 år eller eldre, og som har svært aggressiv og voldelig atferd, bør ikke betraktes som kandidater til dette programmet. De responderer ofte ikke, eller deres reaksjoner til prosedyrene kan eskalere familiekonflikter. I sjeldne tilfeller kan det også øke ungdommens allerede destruktive atferd, og gjøre vondt verre.

For barn over 13 år anbefaler Barkley (1997a) familierapiprogrammene til Robin (1979) eller Forgatch og Patterson (1990). Disse programmene er i større grad rettet mot å lære familien problemløsningsstrategier, kommunikasjon og konfliktløsende strategier.

Vi tror ikke alle foreldre til barn med diagnosen ADHD bør få tilbud om foreldrekurs. I tråd med konklusjonene fra MTA-studien (1999a, 1999b) vil de barna som bare framviser ADHD-symptomer, og som ikke har atferdsvansker eller sosiale og emosjonelle vansker, få en faglig forsvarlig behandling kun med sentralstimulerende medisinering i forhold til ADHD-symptomer. Resten av oppfølgingen kan gjøres av PPT og lokal skole. Vår erfaring var likevel at kurset fungerte også for barn med kun ADHD-diagnose der foreldrenes autoritet var svekket eller der foreldre selv strevde med organiseringsvansker i oppdragelsesarbeidet. Foreldre som har barn med svært alvorlige atferdsproblemer og som trenger mye individuell oppfølging, bør ikke få veiledning i gruppe. Disse foreldrene bør få tilbud om eksempelvis Parent Management Training (PMT) som har utviklet metoder nettopp for denne gruppen (Solholm,

Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). Det samme er tilfellet for familier som har barn som faller utenfor den anbefalte aldersgruppe. Videre erfarte vi at voksne som er psykisk syke eller som har vansker med forståelse av abstrakt materiale, kunne virke uheldig inn i en slik gruppe.

Foreldrekurset ved Folloklinikken

Vi valgte å dele timene med foreldrene i to deler à en time. Den første delen var en gruppeorientert del, hvor hver forelder ga uttrykk for hvordan det sto til hjemme. Vi snakket så om hvordan det var gått med oppgavene, hva de fikk til, hva de ikke fikk til, og barnets reaksjoner. Hver og en fikk uttale seg ut fra sine erfaringer. Foreldrene ble gradvis kjent med hverandre og delte sine erfaringer. De opplevde at de ikke var alene om å ha vanskeligheter, og de kunne gi og motta støtte. I andre del av samlingen formidlet kurslederne teoretisk stoff og gjennomgikk arbeidsoppgaver. Vi gjorde hyppig bruk av rollespill. Innholdet i de forskjellige temaene framgår av Tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over temaer i foreldregruppene.

1. Informasjon om samspill, og forhold hos barnet, foreldrene og situasjonen, som fører til at den negative atferden øker eller reduseres. Hvordan foreldre kan ta styring over interaksjonen. Hjemmeoppgave knyttet til foreldrenes utfylling av skjemaer for karakteristika ved barn, foreldre, interaksjon og særskilte problemområder, og en kartlegging i den enkelte familie for å se hvor mye familien strevde for øyeblikket.
2. Foreldrene lærte hvordan de kan stimulere atferd gjennom å gi positiv oppmerksomhet og øve seg på å overse deler av barnets negative atferd. Hjemmearbeid var å introdusere daglige perioder med spesialtid for barnet og foreldrene med et positivt innhold på barnets premisser. Dersom begge foreldre deltok, skulle spesialtiden være for mor og far separat.
3. Øke barns lydighet ved å rette oppmerksomheten mot ønsket atferd. Foreldrene lærte kjennetegn ved enkle, gode beskjeder. Hjemmeoppgave var å fortsette spesialtiden daglig, og øve på å gi korte, enkle beskjeder med positiv oppmerksomhet knyttet til lydighet hos barnet.
4. Innføre et belønningssystem tilpasset det enkelte barn, der barnet første uken får kjenne til atferd som vil bli belønnet med poeng. Foreldrene lærte å sette opp belønningshierarkier med store belønninger, som krevde stor innsats før de ble oppnådd, moderate belønninger, som krevde noe mindre, og små belønninger, som kunne utløses uten så stor innsats. Foreldrene skulle fortsette med spesialtiden minst fem dager i uken. I forhold til belønning ble det understreket at barnet måtte få mer belønning enn straff, listen måtte ikke ligge for høyt, da barnet skulle oppleve mestring.
5. Gjennomgang av «time-out» som metode for å kunne stanse regelbrytende atferd og uakseptabel atferd. Øvelser i timen og lekse i å gjennomføre «time-out» overfor en type atferd som var definert på forhånd.
6. Gjennomgang av erfaringer med «time-out» og hvordan foreldrene kan utvide metoden til å gjelde flere typer atferd. Om belønningssystemet nå virket, var det lekse i å innføre «straff»

for uønsket atferd i form av å ta bort poeng.

7. Hvordan håndtere barns negative atferd utenfor hjemmet. Øve foreldre til å tenke i forkant, gi klare beskjeder, ha strategier klare for konsekvenser (både belønning og straff) og gjennomgå typiske problemområder og løsninger. Hjemmeoppgave var å gjennomføre to turer der det ofte oppstår problemer, og gjennomgå programmet de har lært.

8. Gjennomgang av barnas negative atferd i skole og hvordan foreldre ved hjelp av rapportkort til skole, tilpasset det enkelte barn, kan sikre seg oversikt over barnets atferd. Dette kunne innføres først med daglig rapport, så ukentlig, og hver 14. dag, etter som barnet lærer og opplever at han/hun blir sett både i positiv utvikling og i forhold til negativ atferd. I siste timen rettet vi oppmerksomheten mot at foreldrene nå hadde redskaper til å håndtere nåtidens problemer. Foreldrene ble oppfordret til å forestille seg framtidige problemer og finne løsningsforslag.

9. Oppfølging; hvordan har det gått, og hvordan løse vansker i framtiden.

Måleinstrumenter

Profiles Of Child and Parent Characteristics (PCPC) og Family Problem Inventory (FPI) ble brukt for å kartlegge belastninger i familien. Foreldrene skulle i PCPC gi en karakteristikk av seg selv og barnet i forhold til forskjellige problemområder. De skulle i FPI gi en kartlegging over problemområder i familien og gi løsningsforslag i forhold til problemet. Home Situations Questionnaire (HSQ) består av 16 forskjellige områder eller situasjoner hvor barna hadde problemer med å følge beskjeder og rutiner, og med foreldrenes vurdering av alvorlighetsgrad. Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBDRS) kartlegger symptomer på ADHD og atferdsforstyrrelser og følger i stor grad diagnosekriteriene for disse.

PCPC og FPI ble gjennomgått og sett under ett da de delvis overlapper hverandre. Vi valgte å kategorisere foreldrene i to grupper, henholdsvis høy og lav belastning. For å få høy livsbelastning måtte foreldrene beskrive problemer på minst fire sentrale livsområder, så som ekteskap, økonomi, jobbsituasjon og helse. De som hadde færre enn fire problemområder, kom i gruppen lav belastning. I HSQ, som beskriver situasjoner hjemme, ble foreldrene bedt om å rangere hvorvidt det var konflikter mellom dem og barna, og på en skala fra 1 til 9 bedømme hvor alvorlige konfliktene var. ADHD-symptomene til barna (DBDRS) ble summert både i forhold til grad av problemer og ADHD-symptomer.

Ved avslutningen benyttet vi i tillegg vårt eget evalueringsskjema, heretter kalt Eget evalueringsskjema, som inneholder både kvalitative og kvantitative data. Foreldrene ble bedt om å gi tilbakemelding om sine forventninger, programmet vi gikk igjennom, det å være i en gruppe, gruppeledernes innsats og nytteverdi av kurset. Enkelte spørsmål var åpne, enkelte ja/nei-spørsmål og enkelte var ordinale skalaer. På noen åpne spørsmål hadde majoriteten av foreldrene svart ja eller nei. I disse tilfellene ble de i utgangspunktet åpne spørsmålene omgjort til kvantitative data for bedre å belyse svarfordelingen.

Et eget skjema for konfliktområder og grad av konflikt bestod av 26 områder for typiske konfliktsituasjoner der foreldrene markerte om området var belastende (1 = ja og 0 = nei). Hvert konfliktområde som var belastet, skulle i tillegg vurderes i forhold til antall konflikter på dette området de siste 14 dager, samt gradering av konfliktnivå og hissighet i konflikten på en skala fra 1 til 5.

Analyse av data

Dataanalysene ble utført med Microsoft Excel. Foreldrenes svar på PCPC og FPI ble omgjort til rådata ved å kode hvert utsagn vedrørende belastning i familien som 1 = ja, 0 = nei. Grensen på fire belastningsområder avgjorde om foreldrene ble plassert i gruppe for høy eller lav belastning. HSQ bestod av 16 temaer hvor foreldrene tok stilling til om de hadde problemer med å få barnet sitt til å følge beskjeder og rutiner, og i tillegg hvor alvorlig foreldrene vurderte problemet på en skala fra 1 til 9. Alvorlighetsgraden var definert ved at problemet oppstod ofte og som regel førte til konflikt med barnet. Vi så hvor mange situasjoner foreldrene graderte som svært alvorlig (rangering 7–9). Skjemaet ble fylt ut i begynnelsen og slutten av kurset.

DBDRS ble kodet i forhold til grad av oppmerksomhetsproblemer og hyperaktivitet. Skåringene for tegn til antisosial atferd ble markert 1 = ja, 0 = nei.

Statistisk analyse

Etter råd fra Harald Engvik (personlig kommunikasjon april, 2003) ble enhalet t-test brukt for å sammenlikne gruppenes vurderinger ved begynnelsen og slutten av kurset. Valg av t-test var basert på at Barkleys kurs har vært studert grundig før og vist klare, positive resultater. Vi hadde en klar forventning om at foreldrene ville nyttiggjøre seg kurset, og at skåringsskjemaene skulle vise dette som en positiv utvikling i form av reduksjon av antall problemsituasjoner, konfliktsituasjoner, grad av hissighet i konfliktene, ADHD-symptomer og antisosial atferd. De kvalitative dataene fra eget evalueringsskjema ble brukt for å oppnå en bredere forståelse av hvordan det var for foreldrene å bli veiledet i gruppe. Ti ja- eller nei-svar ble kodet. Siste del av evalueringsskjemaet inneholdt 16 spørsmål om formen på veiledningen. Deltagerne ble bedt om å besvare ulike spørsmål ved å krysse av på en Likert-skala.

Resultater

Ved kursstart fortalte mange foreldre at totalbelastningen hadde ført til maktesløshet og en følelse av å være inkompetente som foreldre. Hjemmesituasjonen var for de fleste preget av konflikter og kjefting. Det sosiale livet var skrumpet inn. Nettverket var presset eller hadde trukket seg på grunn av det vanskelige barnet. Foreldre var motiverte, men også sårbare for andres gode råd om barneoppdragelse. Måten barna oppførte seg på i og utenfor hjemmet, ga dem følelsen av å være dårlige oppdragere. Oppgittheten som preget dem, framkom tydelig på PCPC og FPI. Resultatene viste at 67 % av foreldrene rapporterte høy belastning i egen livssituasjon ved kursets start. Hele 76 % av kvinnene rapporterte høy belastning. Blant mennene rapporterte 54 % høy

belastning. Vi fant ingen sammenheng mellom grad av belastning og antall konflikter eller problemer.

Vanskelige situasjoner

HSQ-skjemaet viste at antall situasjoner som av foreldrene var definert som å innebære problemer med å følge daglige rutiner, gikk ned fra et gjennomsnitt på 11 områder til 8 områder i løpet av kurset. Konflikten de pleide å ha med barnet rundt disse rutinene, gikk ned fra et høyt medium-nivå til lavt medium-nivå. Mange av familiene var mest bekymret for at enkle, dagligdagse rutinemønstre kunne utløse konflikter av voldsom art. I løpet av kurset ble de voldsomme konflikten redusert fra gjennomsnitt 3,5 per 14 dager til 1,2. Gruppen hadde ved kursets start stor spredning, enkelte familier hadde et meget høyt antall alvorlige konflikter. Ved kursets slutt var spredningen innen gruppen lavere (se Tabell 2).

Tabell 2. Hvor mange vanskelige situasjoner foreldregruppen (N = 24) opplever de har med sine barn ved kursets start og slutt, hvor alvorlige de oppfatter vanskelighetene, gradert fra 1-9, og hvor mange situasjoner gruppen beskriver med høy alvorlighetsgrad (7-9). Statistiske forskjeller mellom start og avslutning.

	KURSETS START	KURSETS SLUTT	ENHALET T-TEST
Antall vanskelige situasjoner	Gj.snitt = 1,2 SD = 3,07	Gj.snitt = 8,1 SD = 3,7	$p = 0.0003^{**}$
Alvorlighetsgrad	Gj.snitt = 4,7 SD = 1,5	Gj.snitt = 3,6 SD = 1,4	$p = 0.00004^{**}$
Høy alvorlighetsgrad	Gj.snitt = 3,5 SD = 3,6	Gj.snitt = 1,2 SD = 1,9	$p = 0.0009^{**}$

Antall konflikter og hissighet

Skjemaet for konflikter og grad av hissighet rundt konflikter i hjemmene viste at konfliktsituasjoner mellom barnet og foreldrene gikk ned fra gjennomsnitt 14 til 10 i løpet av kurset. Et mer beskrivende tall viste at fra å ha i snitt 95 konflikter med barna i løpet av en 14 dagersperiode, ble konflikten halvert i de fleste hjemmene. Også her var det stor spredning innad i gruppen. Hissigheten i konflikten gikk også ned. Foreldre som tidligere hadde fortalt at eget raseri kunne få dem til å være svært urimelige i sin straff, slå eller brøle til barna, var glade for at de nye strategiene som ble innøvd, ga dem mer kontroll over eget temperament samtidig som barnet ble stoppet effektivt (se Tabell 3).

Tabell 3. Antall konfliktområder foreldrene (N = 24) har med barna sine, hvor mange konflikter de vanligvis har i disse situasjonene, og hvor hissige konflikten har vært,

gradert fra 1-5 hvor 1 = rolig, 5 = hissig. Statistiske forskjeller mellom start og avslutning.

	KURSETS START	KURSETS SLUTT	ENHALET T-TEST
Antall konfliktområder foreldre/barn	Gj.snitt = 4,3 SD = 3,8	Gj.snitt = 0,7 SD = 6,3	$p = 0.0003^{**}$
Ant. konflikter/14 dager	Gj.snitt = 5,4 SD = 62,0	Gj.snitt = 40,2 SD = 35,2	$p = 0.00009^{**}$
Gj.snitt temperatur	Gj.snitt = 2,7 SD = 0,9	Gj.snitt = 2,3 SD = 0,7 ^{**}	$p = 0.03^*$

ADHD-symptomer og tegn på antisosial atferd

DBDRS-skjemaene viste at barnas ADHD-symptomer ble redusert i løpet av kurset (se Tabell 4). For oppmerksomhetsproblemer fant vi en reduksjon i barnegruppen for signifikante problemer fra 88 % (kursstart) til 57 % ved kursets slutt. I forhold til hyperaktivitet var reduksjonen fra 75 % til 38 %. Totalskåren for oppmerksomhetsproblemer og hyperaktivitet viste reduksjon fra 83 % til 57 %. Ved kursets slutt viste resultatene at flere av barna ikke lenger fylte kriteriene for ADHD-diagnosen, selv om spredningen også her var stor. Alle barna fikk parallelt med kurset en medisinsk utprøving og behandling. Barna hadde i utgangspunktet ikke stor tilstedeværelse av antisosiale atferdstrekk. Noen av foreldrene uttrykte likevel en bekymring for at barnas tendens til løgn, tyveri, og utagerende atferd overfor andre barn eller voksne, kunne være begynnelsen på en alvorlig atferdsforstyrrelse. Resultatene viste en reduksjon i antisosiale atferdstrekk i barnegruppen i løpet av kurstiden (se Tabell 4). Det var også tydelig at foreldrenes bekymring var gått ned parallelt med at de begynte å oppleve at de hadde verktøyene som skulle til for å stoppe barnets negative atferd, og stimulere ønsket atferd.

Tabell 4. Forskjellen i ADHD-symptomer og antisosiale atferdstrekk ved kursets start og slutt (N = 24).

	KURSETS START	KURSETS SLUTT	ENHALET T-TEST
Oppmerksomhetsskåre	Gj.sn = 24,4	Gj.sn = 17,3 SD = 9,2	$p = 0.0005^{**}$
Hyperaktivitetsskåre	Gj.sn = 21,6	Gj.sn = 15,7 SD = 7,7	$p = 0.0003^{**}$
Totalskåre	Gj.sn = 46,0	Gj.sn = 32,9 SD = 16,3	$p = 0.0002^{**}$

Antisosiale atferdstrekk	Gj.snitt = 1,9 SD = 1,72	Gj.snitt = 1,1 SD = 1,8	$p = 0.03^*$
--------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------

Foreldrenes opplevelse av gruppeveiledningen

Eget evalueringsskjema viste at foreldrenes opplevelse av veiledningen overordnet sett var svært positive. Alle foreldrene gav uttrykk for at de hadde hatt fordeler av veiledningens struktur. De rapporterte også at de hadde fått kunnskapen og tilbakemeldingene de hadde behov for i forhold til sitt barn. Hele 90,9 % av foreldrene rapporterte at de hadde ervervet seg nye ferdigheter som de ikke hadde hatt før kurset. Mange uttrykte i de åpne kommentarfeltene at veiledningskurset hadde hatt positiv innvirkning i forhold til barnet, familiens miljø og i forhold til ektefelle. De hadde merket dette gjennom positive tilbakemeldinger fra venner, familie og skole. I foreldrenes parforhold kommenterte mange at de nå hadde færre diskusjoner, større respekt for hverandres synspunkter, og de hadde fått en opplevelse av å ha en felles holdning i barneoppdragelsen, noe som i enkelte tilfeller hadde vært savnet tidligere.

«Ved kursets slutt viste resultatene at flere av barna ikke lenger fylte kriteriene for ADHD-diagnosen, selv om spredningen også her var stor»

Gruppeveiledningens form var svært strukturert, og dette ble evaluert positivt. Flere foreldre kommenterte at uten den klare strukturen ville samtalen «flytt ut», og det ville blitt vanskeligere å holde fokus. Mange av foreldrene fortalte at de hadde lignende symptomer som barna.

Gruppene var rause både med positive tilbakemeldinger og lyttende forståelse når foreldre fortalte om konfliktsituasjoner med barnet hvor de i sin maktesløshet gikk over streken for akseptal atferd. Som gruppeledere understreket vi at dette ikke var en konkurranse om å være best eller flink, alle startet fra eget ståsted. Rollespillene vi presenterte, la vekt på humor, og var like ofte en presentasjon av «den manglende mestring» eller «krisene» som av «hvordan man kan gjøre det bedre». Dette ga også bidrag til at stemningen ble trygg.

Flere foreldre uttrykte at de hadde beholdt arkene med hjemmelekser fra kurset. Den klare temadelingen fra gang til gang gjorde det lett å finne tilbake til spesifikke temaer når foreldrene ønsket å repetere stoffet hjemme. Ingen opplevde at gruppeformen hindret dem i å ta opp viktige temaer. De aller fleste følte seg godt ivaretatt. Det var spesielt gledelig at stort sett alle foreldrene var fornøyd med sin egen innsats i gruppen.

På spørsmålene hvor foreldrene kunne gradere sine svar, stod gruppene fast ved at de var svært fornøyde med gruppeveiledernes formidling av kunnskap og ivaretagelse av gruppen. Mange foreldre opplevde å ha fått nye måter å se problemene i familien på, de forholdt seg annerledes til barna, hadde fått bedre ferdigheter i foreldrerollen og noe større trygghet. Et par fortalte at de nå hadde fått et «felles språk» å diskutere oppdragelsesspørsmål med. Dette hadde endret hjemmeklimaet totalt, og kanskje til og med reddet forholdet. Foreldrene opplevde kurset som relevant for problemene de strevde med, kurset var til nytte både for dem selv som foreldre og ikke minst for barna. Kommentarer fra foreldrene var at de syntes det hadde vært befriende å høre andre fortelle om problemer de kunne gjenkjenne. De følte seg ikke så mislykket. Noen ganger var det en trøst å høre at andre hadde det enda vanskeligere enn dem selv. Og alle likte å dele gleder med foreldrepar som hadde framgang mellom samlingene. De fleste hadde opplevd gruppeerfaringene som bra eller svært bra. Noen foreldrene uttrykte underveis og på skjemaet at de ønsket mer tid til uformelle samtaler, diskutere medisiner, hjelpestønader, erfaringer fra hjelpeapparatet med mer.

Resultatene viste også at en liten andel av gruppen ikke hadde opplevd samme grad av ivaretagelse som resten, og ga uttrykk for at gruppelederne ikke fullt ut hadde skjont hva deres problem var. Denne delen av gruppen ga også kurset den laveste vurderingen med henblikk på opplevelse av endring i oppdragerrollen og opplevelse av å være i gruppe. Foreldrene i denne gruppen ga uttrykk for at det var vanskelig å ta inn nytt stoff og gjøre endringer i forhold til foreldrerollen fordi behovet for støtte var så stort.

Kurset ble av hele gruppen vurdert som et egnet tilbud til foreldre med barn som har ADHD. Enkelte tilføyde at kurset virket godt på alle barna i søskenflokk, og at det også kunne sees på som en forberedelse til det å bli forelder.

Diskusjon

Bør foreldre til barn med ADHD ha et foreldreveiledningsprogram som er spesielt tilpasset?

Barn med ADHD er i risiko for en negativ utvikling med hensyn til samspill og selvbilde. Dette medfører at oppdrageroppgaven er vanskeligere enn i gjennomsnittsfamilien. Når barnets diagnose viser høy komorbiditet med andre psykiske lidelser, som angst, atferdsforstyrrelser og tvangslidelse, og foreldreskapet i så stor grad påvirker barnets utvikling, mener vi det er god grunn til å gi foreldrene så god hjelp som overhodet mulig. Våre resultater bekreftet at foreldrene, og da spesielt mødre, hadde en høy grad av belastning i sin livssituasjon.

I vår tidligere erfaring med veiledning til foreldre med barn med ADHD gjentok ofte spørsmålene seg fra foreldre: Hvordan få barnet til å gjennomføre rutiner uten altfor mye mas og konflikter? Hvordan møte barnas ulydighet eller sinne? Angst? Hvordan styrke selvbildet? Foreldreveiledningsprogrammet ivaretok de mest aktuelle temaene på en systematisk måte.

Veiledningens faste struktur og klare kurspreg ble evaluert av samtlige foreldre som svært bra. Det at veiledningen hadde et fast tema hver gang, ble av alle deltakerne evaluert som fordelaktig. Flere la vekt på at de slett ikke kunne klart å holde seg til dagens tema uten ledernes hjelp. Ingen opplevde at strukturen hindret dem fra å ta opp viktige temaer. Tvert imot fikk alle en gjennomgang med flere nyanser enn det de selv hadde opplevd, fordi gruppen hele tiden delte sine erfaringer mellom seg. Vi mener derfor det er grunnlag for å hevde at veiledning i gruppe etter Barkleys manual har vært et godt og tilpasset veiledningsprogram som denne gruppen foreldre har hatt spesielt god nytte av.

Har strukturert forelderveiledning effekt på barnas symptomer?

Resultatene tyder på at barnas symptomer ble lettere etter foreldreveiledningen. Flere av barna fylte ikke lenger kriteriene for ADHD-diagnosen ved kursets slutt. Barna som hadde atferdsforstyrrelser viste en reduksjon av symptomer i løpet av kurset. Barn som utviste antisosiale trekk i begynnelsen av kurset, viste reduksjon av disse. Både foreldrenes, den øvrige families og skolens bekymring ble mindre. En klar svakhet ved vår studie er at evalueringen baserer seg på foreldrenes vurdering. Vi innhentet ikke informasjon fra skole eller foretok observasjon av barn–voksen-samspeillet som kunne bekrefte eller avkrefte foreldrenes antagelser. Kurset inneholdt dog konkrete samarbeidsoppgaver der hjem og skole utviklet samarbeid om utvalgt atferd de ville hjelpe barnet med å øke eller begrense, noe som førte til hyppig samhandling. Gruppediskusjonene inneholdt stadig beskrivelser fra foreldre om hvordan de nå fikk andre tilbakemeldinger om barnet og hvordan samarbeidet med skolen gikk. Indirekte fikk vi derfor opplevelsen av at foreldrenes og skolens beskrivelser av barnet var overensstemmende, selv om undersøkelsen i seg selv ikke viser dette tydelig nok.

Sentralstimulerende medikasjon kan hjelpe en rekke av disse barna til en bedre fungering (Barkley et al., 2002b; Taylor, 1999; Zeiner, 1996). Alle barna fikk tilbud om utprøving av sentralstimulerende medisin i det tidsrommet da foreldrene fikk gruppeveiledning. Barna som dokumenterte nytte av sentralstimulerende medikasjon, fortsatte bruken. Vi kan altså ikke si hvor stor del av den positive endring vi fant som skyldtes at barnet hadde effekt av medisiner, og hvor mye som skyldtes at foreldrene endret atferd i forhold til barnet.

Barkley (1997a) formidler at barn med ADHD og atferdsforstyrrelser vil kunne forventes å forbedre atferden som en følge av foreldrenes endrede atferd etter kurset. Vår erfaring med foreldregruppene viste det samme. Selv om barna fortsatt hadde vansker i forhold til oppmerksomhet og impulsivitet, hadde foreldrene lært en annen måte å takle dette på. Det at de fikk økt kunnskap gjorde at de ikke lenger så på barnet som trassig og vanskelig. Det var en klar trend at foreldrene opplevde det godt at problemet i utgangspunktet har et organisk grunnlag. Foreldrene ble seg også bevisst egne handlingsmønstre som en faktor som kunne hemme eller fremme konfliktsituasjoner med barnet.

«Veiledningens faste struktur og klare kurspreg ble evaluert av samtlige foreldre som svært bra»

Vår BUP har ingen mulighet til å gi en så omfattende kombinert behandling som ble dokumentert i MTA-studien (1999a). Til det er våre ressurser for små. Vi kan imidlertid tilby utprøving av sentralstimulerende medisin og en veiledningsform som har dokumentert effekt også hos norske foreldre. Våre resultater går derved i samme retning som MTA-studien og viser lignende konklusjoner.

Øker strukturert foreldreveiledning foreldrenes opplevelse av å ha kompetanse som oppdrager?

Resultatene fra HSQ viste at antallet situasjoner der foreldrene måtte mase om rutiner eller opplevde barnet ulydig, gikk ned fra et gjennomsnitt på 11 til 8 situasjoner. Ved kursets begynnelse beskrev foreldrene at diskusjonene i disse situasjonene ofte var svært vanskelige å takle. Ved kursets slutt var det nesten ingen områder foreldrene fant vanskelige på denne måten. Konfliktene var mer «hverdagslige», slike som andre familier opplevde.

Selv om man har noe mindre problemer med rutiner vil man ikke nødvendigvis oppleve seg som en bedre oppdrager. Typisk for de fleste foreldrene vi møtte, var at de ved starttidspunktet følte seg som «dårlige oppdragerer» nettopp fordi de opplevde det så vanskelig å få barnet sitt til å gjennomføre selv de enkleste rutiner uten problemer. Det å streve med åtte vanlige rutiner kan i denne sammenheng fortsatt se mye ut. Det tar tid å gjennomføre det å stå opp, frokost, tannpuss, matpakker, lekser, leggetider osv., hvis det er åtte områder som man stadig diskuterer med barnet sitt. Vi oppfattet det slik at foreldrene i løpet av kurset både endret holdning til barnet sitt og ble mer bevisste på egne strategier. I løpet av kurset gikk de aktivt inn for å endre sine strategier for å kunne hankses med barnets problem på en mer hensiktsmessig måte.

Antall konflikter mellom foreldre og barn ble færre og mindre hissige. Fra et gjennomsnitt på 95 konflikter i løpet av en 14 dagers periode gikk antallet ned til det halve. Noen hadde langt flere da vi møttes første gang. Flere par kom nærmest opplyste tilbake til gruppene etter å ha gjennomført «time-out» med barnet sitt første gang. Foreldrene opplevde å samarbeide, se hverandres innsats og merke at det fungerte. I en hverdagsfamilie kunne kanskje situasjonen med å holde det motstrebende barnet fast i en times tid blitt betegnet som en krise. Foreldrenes beskrivelser på kurset fokuserte på det motsatte; de holdt seg rolige, følte seg trygge og kjente en positiv foreldreautoritet som ikke krysset barnas grenser.

Et hyppig tilbakevendende tema i gruppene var foreldrenes opplevelser av «såre» sider hos barna sine. De var klar over at barnet både hjemme og i skolesammenheng ofte fikk negative tilbakemeldinger og mas. Foreldrene erkjente at de til tider uttrykte at de «fikk nok av barnet», med den påfølgende anger som kom da de så barnets reaksjon. Programmet og fellessamtalenes utgangspunkt var at barnets selvbilde kunne styrkes

gjennom at foreldre ble bevisst hvilken mengde ros og ris de fordelte. Foreldrene skulle trene på å legge til rette for at barnet skulle oppleve mestring. Ros og positiv respons skulle deles hyppig i forhold til ønsket atferd hos barnet. I alt 88 % av foreldregruppen markerte at foreldreveiledningen var kommet barnet til nytte. Svært mange ga også positive tilbakemeldinger i forhold til leksen om å tilbringe økt tid sammen med barnet på barnets premisser, nettopp fordi det ga dem muligheten til å oppleve barnet utenfor konflikt, med en positiv, nysgjerrig holdning.

«Foreldrene skulle trene på å legge til rette for at barnet skulle oppleve mestring»

Foreldrene lærte en rekke nye framgangsmåter i forhold til barnet sitt. Hele 90,9 % av foreldrene oppga å ha lært ny atferd. Alle foreldrene ga tilbakemelding om at de hadde fått kunnskap og tilbakemeldinger de hadde behov for. Foreldrene krysset også av på at de syntes alle foreldre til barn med ADHD burde få tilbud om dette veiledningskurset. Majoriteten av foreldrene oppga ved kursets slutt at de hadde fått bedre ferdigheter i å håndtere barna. De oppga også å ha større trygghet i foreldrerollen. Ut fra det ovennevnte er en rimelig tolkning at foreldrene opplevde seg som mer kompetente oppdragere ved kursets slutt enn det som var tilfellet ved kursets start.

På hvilke områder rapporterer foreldre at de nyttiggjør seg gruppeveiledning?

Foreldrene ga rapport om at den teoretiske kunnskapen var blitt godt formidlet i gruppeveiledningen. Stort sett alle følte seg godt ivaretatt og mente at gruppeveilederne skjønte hva de strevde med. Hele 96 % sa det var bra eller svært bra å være i gruppen med de andre foreldrene. Dette ble også understreket ved at foreldrene fortsatte å møtes etter at kurset var ferdig. De ga tilbakemelding om at de var blitt knyttet til hverandre fordi de opplevde de andre foreldrene som noen av de få som ordentlig kunne forstå og gi råd i forhold til deres egen oppdragerhverdag. Foreldrene markerte at de syntes det var godt å høre andre fortelle om sine barn. Det å snakke om eget barn var noe mer blandet. Dette var foreldrene relativt åpne om i samlingene. Noen sa de likte best å lytte. Noen foreldre var (som ventet) både impulsive og taleføre, og tok en relativt stor del av tiden. Dette krevde at vi etter hvert ble tydeligere i forhold til å styre tiden for å hjelpe foreldrene til å holde seg til saken og gi rom for de andre i gruppen. Etter hvert som klimaet i gruppene ble trygt, ble humor og selvironi viktige faktorer som også fremmet mulighetene for å snakke om såre og vanskelige ting. Denne effekten så vi som direkte sammenhengende med at veiledningen ble gitt i gruppeform. Det å gi hjelp og få hjelp av andre foreldre i gruppen ble av majoriteten oppfattet som en god opplevelse.

Vi har tidligere sett på en del faktorer som tilsier at noen ikke bør få veiledning i gruppeform, eller i dette tilpassede veiledningsprogrammet. Det å fungere i en gruppe er også avhengig av personlige forutsetninger. Som BUP ser vi derfor at selv om programmet synes overbevisende effektivt og godt, blir vi nødt til å vurdere ikke bare

barnets, men også foreldrenes egenskaper i forkant for å kunne anbefale tilbudet til den enkelte.

Metodiske begrensninger

Alle foreldrene som ønsket det, fikk veiledning. Dette tydet på at vår gruppe besto av motiverte foreldre. Derfor er det relevant å stille spørsmål om de foreldrene vi møtte er representative for alle ADHD-foreldre. Motivasjon hos foreldrene kan selvsagt være en av grunnene til de positive resultatene. Vår oppfatning som gruppeledere var at motivasjonen var ulik ved begynnelse og slutt. Foreldrene uttrykte ofte i starten at de følte seg opprådde for ideer, samtidig som problemene med barnet var så store at de ville prøve alt. Etter hvert som kurset skred fram, skiftet holdningene fra motløshet til håp, og ikke minst glede og lettelse over at det fantes måter å forstå deres problemer og håndtere de vanskelige situasjonene på.

Når vi ser på resultatene fra de internasjonale studiene, ser vi også hvor viktig det er å motivere og bevisstgjøre foreldrene på de mulige positive effektene et slikt kurs kan ha både på kort og lang sikt. Spørsmålet om foreldregruppene er representative blir mest av akademisk interesse da de fleste veiledninger ved BUP baserer seg på frivillighet og ønske om veiledning.

Datagrunnlaget i undersøkelsen var lite, og vi hadde ingen kontrollgruppe, slik vi opprinnelig hadde ønsket oss. Man kan stille spørsmål om resultatene er valide og generaliserbare i en større sammenheng. Det faktum at vi fikk gjennomgående positive, statistisk signifikante forskjeller til tross for et lite utvalg, velger vi å tolke som et godt tegn på metodens effektivitet. Utover det må vi støtte oss til Barkleys egne referanser (1997a) om en rekke studier som har dokumentert effekt av metoden i andre land.

Anne Stine Høvo Meltzer

Folloklinikken BUP

Pb. 62

1400 Ski

Tlf 64 85 20 50

E-post bup@folloklinikken.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 2, 2006, side 105-112

TEKST

Anne Stine Høvo Meltzer

Eva Steinbakk, psykologspesialist, privatpraktiserende

+ **Vis referanser**

Referanser

- Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.
- Barkley, R. (1997a). *Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R. (2002a). Interview Russell Barkley. *Frontline*.
www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/medicating/interviews/Barkley.htm
- Barkley, R., Cook, E., Dulcan, M., Campbell, S. et al. (2002b). *International consensus statement on ADHD*. Plenum Publishing Corporation.
- Bowlby, J. (1988). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Det lille forlag, 1994 (dansk oversettelse).
- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year followup. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147-166.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST track program. *Development and Psychopathology*, 4, 509-527.
- Forgatch, M., & Patterson, G. R. (1990). *Parents and adolescents living together*. Eugene, OR: Castalia.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.
- Ingoldsby, E. M., Shaw, D. S., & Garcia, M. M. (2001). Intrafamily conflict in relation to boys' adjustment at school. *Development and Psychopathology*, 13, 35-52.
- Jensen, P. (2001). ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 134-136.
- Jensen, P. S., Hinshaw S. P., Kraemer H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., March, J. S., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., & Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M., Farris, A. M., Smith, D. A., Richters, J. E., & Waters, E. (1991). Marital adjustment, parental disagreements about child rearing, and behavior problems in boys: Increasing the specificity of the marital assessment. *Child Development*, 62, 1424-1433.
- Kidder, L. H., & Judd, C. M. (1987). *Research methods in social relations*. New York. CBS College Publishing.
- MTA Cooperative Group (1999a). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2000). *Veileder i barne- og ungdomspsykiatri*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Norsk kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (1999). *Voksne med AD/HD. En veileder til å forstå oppmerksomhetsvansker (med hyperaktivitet) hos voksne*. Oslo.

- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach. Coercive family process*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company.
- Robin, A. L. (1979). Problem-solving communication training: A behavioral approach to the treatment of parent-adolescent conflict. *American Journal of Family Therapy*, 7, 69-82.
- Rønning, J. A. (1996). Akkulturasjonen mellom forskning og klinisk virksomhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 204-212.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Bartko, W. T. (1997). Environmental perspectives on adaptation during childhood and adolescence. I S. S. Luthar., J. A. Burack, D. Cicchetti, & J. Weisz, (Eds.), *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder* (ss. 507-526). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Shaw, D. S., & Bell, R. Q. (1993). Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 493-518.
- Shaw, D. S., Bell, R. Q., & Gilliom, M. (2000). A truly early starter model of antisocial behavior revisited. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 155-172.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Vondra, J. I., Keenan, K., & Winslow, E. B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679-699.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent management training - Oregonmodellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo.
- Swanson J. M., Kraemer H. C., Hinshaw S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Newcorn, J. H., Owens, E. B., Pelham, W. E., Schiller, E., Severe, J. B., Simpson, S., Vitiello, B., Wells, K., Wigal, T., & Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and odd symptoms at the end of treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168-179.
- Taylor, E. (1999). Development of clinical services for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1097-1099.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: University Press.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (1999). Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths. *Developmental Psychology*, 35, 569-579.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parent competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Zeiner, P. (1996). *Orientering om Ritalin*. Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Universitetet i Oslo.