

Multisystemisk terapi – ny behandling av unge med åtferdsproblem

Multisystemisk terapi (MST) er eit nytt behandlingstilbod til ungdommar som er i ferd med å hamne på skråplanet. Behandlinga rettar seg mot åtferdsvanskar hos den unge sjølv, og er ikkje aktuell dersom omsorgsvikt i heimen er skuld i problema. Vi finn overraskande mange jenter i MST-behandling ved utgangen av 2002, og få unge med innvandrarbakgrunn.

Behandling av unge med alvorlege åtferdsproblem har alltid vore ei stor utfordring for barnevernet. Det vanlege er å sende ungdommane bort, anten i behandlingstilbud, eller i fosterheim. Først ved inngangen til 2000 blei det lansert eit alternativ uta at «problembarna» skulle sendast vekk. Behandlingsmetoden, som går under namnet MST, er henta frå USA, og står for multisystemisk terapi. Dette er ei intensiv behandlingsform for unge med åtferdsproblem, og behandlinga føregår i heimemiljøet. Fylkeskommunane har i dag ansvaret for MST-behandlinga i Noreg, og i 17 av 19 fylke er det oppretta eigne team av behandlarar som står parat 24 timar i døgnet til å følgje opp ungdommane i deira nærmiljø¹.

Behandlingsforma er ein del av samleomgrepet *heimebaserte tiltak frå fylkeskommunen* og er framleis berre i startgropa. Opplegget for innføring av MST ser like fullt ut til å vera godt planlagt, og eit samarbeid mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Barne- og familiedepartementet (BFD) gjer at resultatane av dei fire første åra med MST-behandling i Noreg no snart kjem ut i ein evalueringsrapport².

Kva kan så Statistisk sentralbyrå (SSB) sin barnevernstatistikk seia oss om bruken av MST? Den kan til dømes gi svar på kor mange unge som tok imot MST-tiltak ved utgangen av 2002. Dette er eit mål på kva kapasitet hjelpeapparatet hadde på dette tidspunktet med omsyn til MST-behandling³. Vi kan òg få vite kven brukarane er med omsyn til alder og kjønn, og om det er vanleg at ungdommar som tek imot MST-tilbod også får andre tiltak frå barnevernet. Eit anna spørsmål er om MST i dag er eit tilbod til alle unge med åtferdsproblem, uavhengig av om dei bur i ein storby eller i Utkant-Noreg. Statistikken vil kunne gi oss eit bilete av korleis den geografiske dekinga av MST er, eitt år før staten tek over oppgåvene til det fylkeskommunale barnevernet⁴. Dette er nokre av dei spørsmåla eg ønskjer å gi svar på. Datagrunnlaget er SSB sin individstatistikk for barnevern for 2002, her avgrensa til 199 unge som var i MST-tiltak per 31. desember 2002⁵.

Som eit bakteppe vil eg bruke følgjande døme på MST henta frå St.meld. nr. 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet, se boks på neste side.

Trygve Kalve

Trygve Kalve er statistikkrådgivar i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for levekårsstatistikk (trygve.kalve@ssb.no).

Døme

Gut 14 år med minoritetsbakgrunn. Bur saman med mor, far og tre yngre sysken. Eldre bror er på rusinstitusjon. Guten er vist til MST-behandling fordi han har teke kontrollen heime. Han rettar seg ikkje etter reglane til foreldra, kjem og går som han vil. Samhandlinga med foreldra er prega av konflikter og trugsmål. Guten er valdeleg heime, øydelegg inventar, kastar gjenstandar. Han har dytta mor, truga far med kniv og syskena er redde for han.

Guten har også skuleproblem med skulking, liten innsats i timane, truande haldning. Han brukar dagleg hasj og tablettar, og det er mistanke om bruk av heroin. Guten er medlem av ein kriminell gjeng og har drive med biltjuveri, barneran og omsett hasj. Politiet har stadfesta og ikkje-stadfesta saker på han det siste halvanna året.

Ønskt behandlingsresultat: Foreldra ønskjer at guten skal gå på skule og få seg ei utdanning, slutte med trugsmål og vald heime, at han kan bli ein god storebror for småsyskena igjen, hjelpe til i huset (handle, rydde kjøkkenet, vaske trappa), ete middag med familien, slutte med rusmisbruk og rette seg etter lover og reglar.

Barnevernet ønskjer at foreldra skal få tilbake sin autoritet over guten, at han gjennomfører skulegang, får positive fritidsaktivitetar og venner, reduserer rusbruket og sluttar med kriminalitet.

Skulen ønskjer at han gjennomfører grunnskulen, styrkjer sosiale evner (evne til samarbeid, ikkje-truande haldning). Ønskjer også å avklare om andre skuleopplegg kan vere betre tilpassa hans behov.

Politiet meiner at guten må vekk frå kriminalitet, få andre interesser og venner og at ungdomsgjengen må bli oppløyst.

Ein kommentar til dømet

Fylkesbarnevernet, her representert med MST-teamet, står overfor store utfordringar. Dei må jobbe på alle arenaer kor ungdommen har problem. Dette krev kontakt med skulen, heimen, politiet og oversikt over kven han vankar saman med. Truleg ville denne guten for nokre tiår sidan blitt send bort på ein forbettringsanstalt.

Målsettingar med MST er ifølgje Bernadette Christensen, som er nasjonal prosjektleiar for multisystemisk terapi, å redusere kriminalitet, rusmisbruk og andre alvorlege åtferdsproblem. Ein skal òg førebyggje plasseringar utfor heimen, betre familierelasjonar, styrkje ungdommen sin sosialkompetanse, og auke ungdommen sine gode sosiale kontaktar (Christensen 2003).

Kven får MST?

For gutar er åtferdsproblem ofte knytte til utagerande åtferd, vald og kriminalitet, som guten i dømet (sjå boksen). I ein artikkel om svensk barnevern si historie, «*Klass, kön och etnicitet i den sociala barnavården*» (Lundström og Sallnäs 2003), rettar forfattarane søkelyset mot korleis kjønn opp gjennom tidene har påverka definisjonen av sosiale problem og intervensjonen frå samfunnet si side. Noko forenkla og spissformulert hevdar forfattarane at «flickor riskerade att hamna i osedlighet och prostitution, pojkar i brottslighet».

At biletet ikkje er eintydig, viser Gustav Jonsson si skildring av det han kallar den typiska Skåflickan⁶: «tuff tonårstjej, ligger med pojkar och unga män till höger och vänster, struntar i skolan, rymmer och stjälar, drar sig inte för att slå till om det behövs» (Jonsson 1977:40-41). Truleg har det skjedd ei utvikling når det gjeld kjønn og åtferdsproblem, men framleis blir utagerande åtferdsproblem blant ungdom oftare knytte til gutar enn til jenter.

Av dei 199 unge som stod registrerte med MST-tiltak i barnevernstatistiken ved utgangen av 2002, finn ein ikkje uventa ein overrepresentasjon av gutar. Det som overraskar mest er at fire av ti (42 prosent) er jenter. Prosenten av jenter i MST ligg her noko over det ein fann i forskingsprosjektet basert på data frå dei fire første MST-teama som starta opp i 1999 (Christensen 2003). Her var 37 prosent jenter, noko som blei sett på som uvanleg høgt samanlikna med tal frå USA der behandlingsmetoden er utvikla⁷.

Flest 15-åringar

Kor gamle var dei som fekk MST-behandling? Vi finn eit aldersspenn frå 10 til 18 år. Tre 10-åringar var registrerte med MST ved utgangen av 2002, og tilsvarande mange 18-åringar. Det var likevel klart flest 15-åringar i MST-behandling (sjå tabell 1). Denne aldersgruppa talte åleine ein tredel av alle. Tek vi med 14- og 16-åringane har vi fanga opp tre av fire (74 prosent) i MST-tiltak.

Fordelinga i tabell 1 indikerer at gjennomsnittsalderen for jenter ligg noko over den vi fann for gutar. Av jentene var 69 prosent 15 år eller eldre, medan tilsvarande tal for gutane var 61 prosent. I det før nemnde forskingsprosjektet (Christensen 2003) fann dei ein gjennomsnittsalder på 14,9 år for dei som var i MST-behandling, litt lågare enn det SSB sin statistikk viser. I dømet som blei brukt i stortingsmeldinga (sjå boksen) er guten noko yngre enn det som er vanleg i MST-behandling.

Få med innvandringsbakgrunn

I barnevernstatistikken registrerer ein både mor og far sitt fødeland⁸. Av dei 199 ungdommane i MST-tiltak ved utgangen av 2002 var det ti unge (5 prosent) som hadde foreldre som begge var fødte i utlandet. Over halvparten av desse foreldra var fødte i europeiske land.

Nær ein femdel (19 prosent) av dei unge i MST hadde ein forelder med minoritetsbakgrunn, det vil her seia, anten mor eller far født utafor Noreg. Atten ungdommar hadde mødrer som var fødte utafor Noreg, og i to av tre av desse tilfella kom mor frå eit europeisk land. Nitten av ungdommane hadde far som var født i utlandet, og langt dei fleste av desse fedrane, sju av ti, kom frå europeiske land.

Ut frå desse opplysningane kan vi slå fast at få av dei som tok imot MST-behandling ved utgangen av 2002 høyrer til innvandringsbefolkninga i Noreg.⁹ Gruppa med ein av foreldra født i utlandet er derimot oftare representert. Dømet på MST som blei brukt i stortingsmeldinga, er derimot lite representativt, då ein knapt finn ein asiat blant dei som var i MST-tiltak.

Spørsmålet ein sit att med er om MST ikkje er eit eigna tilbod til innvandringsungdom med åtferdsproblem? Kanskje hamnar dei oftare i behandlingstilbud enn ungdommar med norsk bakgrunn? MST-behandling krev at den unge har minst ein omsorgsperson og eit sosialt nettverk ein kan spele på lag med. Dersom dette kravet ikkje kan oppfyllest blir alternativet lett institusjonsbehandling av den unge. Kanskje har MST-terapeutar enno liten erfaring med å gå inn i eit tett og forpliktande samarbeid med innvandringsfamiljar og deira nærmiljø?

Tiltak utanom MST?

I SSB sin barnevernstatistikk skal samtlege tiltak som barn og unge tek imot etter lov om barneverntjenester (BVL) registrerast¹⁰. Tiltaka er eit svar på dei problema barnevernarbeidaren ser at ungdommen og/eller familien slit med. Det er likevel ikkje lett å fastslå om guten i det dømet som er brukt (sjå boksen) ville fått fleire tiltak enn MST frå barnevernet. Truleg ville det vore aktuelt med *hjelp til fritidsaktivitetar* (= tiltak 8 i statistikken), ettersom barnevernet ønskjer å få han over på positive fritidsaktivitetar og skaffe han nye kameratar.

Kor vanleg er det at ungdommane får andre tiltak frå barnevernet i tillegg til den intensive MST-behandlninga? MST-terapeutane bidreg med å vere tilgjengeleg 24 timar i døgnet i ein periode på tre månader, og ikkje

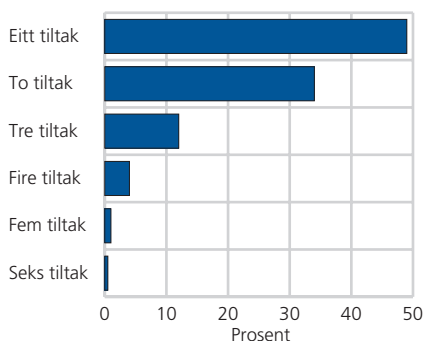
Tabell 1. Barn med MST-tiltak, etter alder og kjønn og per 10 000 barn per 31. desember 2002

Alder	I alt	Gutar	Jenter	Per 10 000 barn
Alle	199	116	83	
10 år	3	1	2	0,5
11 år	0	0	0	-
12 år	8	5	3	1,3
13 år	20	14	6	3,3
14 år	40	25	15	6,7
15 år	64	40	24	11,4
16 år	43	20	23	7,8
17 år	18	10	8	3,3
18 år	3	1	2	0,6

Tabell 2. Barn i MST-tiltak per 31. desember 2002, etter tiltak i løpet av året, og per 31. desember

	Tiltak i alt i løpet av året		Tiltak per 31. desember	
	I alt	10-14 år	15-18 år	
Barn med MST-tiltak	199	199	71	128
Økonomisk stønad	67	28	10	18
Andre tiltak	64	47	16	31
Barne- og ungdomsheim	27	7	1	6
Besøksheim/avlastingsheim	26	16	10	6
Støttekontakt	21	14	8	6
Fritidsaktivitetar	21	14	8	6
Beredskapsheim	16	5	2	3
Heimkonsulent/avlastning i heimen	10	5	2	3
Fosterheim	10	4	1	3
Poliklinisk psykiatrisk behandling	7	4	0	4
Tilsyn	6	3	0	3
Psykiatrisk behandling i institusjon	4	0	0	0
Behandling av barn med særlege opplæringsbehov	3	3	1	2
Rusmiddelinstusjon	3	2	0	2
Bustad/hybel	3	1	0	1
Utdanning/arbeid	2	0	0	0
Tiltak i alt	489	352	130	222
Tiltak per barn	2,5	1,8	1,8	1,7

Figur 1. Unge i MST-behandling, etter kor mange barneverntiltak dei hadde per 31. desember 2002. Prosent (N=199)



Kjelde: Barnevern 2002.

minst vil den tette oppfølginga og samarbeidet med andre instansar vera ein sentral del av tiltaket.

Tabell 2 viser at dei 199 ungdommane i MST var registrerte med til saman 352 ulike tiltak frå barnevernet ved utgangen av 2002. Dette er 153 tiltak i tillegg til MST, og gir eit gjennomsnitt på 1,8 tiltak per person. Dei same ungdommane tok imot i alt 489 tiltak i 2002, som gir eit gjennomsnitt på 2,5 tiltak per barn.

Dei yngste, det vil seia aldersgruppa 10 til 14 år, fekk i gjennomsnitt 1,8 tiltak frå barnevernet. *Økonomisk stønad, besøksheim, støttekontakt og hjelp til fritidsaktivitetar* er dei vanlegaste tiltaka for denne gruppa. Fire av dei 71 ungdommane i aldersgruppa under 15 år (6 prosent) var plasserte utafor heimen, i beredskapsheim, ungdomsheim eller fosterheim, samstundes med at dei var i MST-behandling.

Blant dei eldste tenåringane i MST, dei frå 15 år og over, ei gruppe på i alt 128 ungdommar, låg gjennomsnittet på 1,7 tiltak per person. Det vanlegaste tiltaket for denne gruppa var *økonomisk hjelp*. Ein av sju tok imot slik hjelp. Tiltak som *besøksheim, støttekontakt og hjelp til fritidsaktivitetar* blei også hyppig brukt til dei eldste.

Relativt mange av dei eldste i MST (13 prosent) var plasserte utafor heimen, anten i institusjon, fosterheim eller eigen hybel, medan dei fekk MST-behandling. Dette viser at MST-behandling, eit såkalla *heimbasert tiltak*, også kan nyttast av ungdommar som i ein periode ikkje kan bu heime.

Kategorien *andre tiltak* er den som oftast blir brukt både blant dei yngste og dei eldste tenåringane. Kva som eigentleg skjuler seg bak denne samlekategorien veit vi ikkje, men deltaking i ansvarsgruppe og/eller faste samtaler med tilsette i barnevernet er tiltak som ofte hamnar i denne svarkategorien.

Figur 1 viser at nær halvparten (49 prosent) av ungdommane i MST-behandling berre tok imot eitt tiltak (her MST) frå barnevernet ved utgangen av året, og at kvar tredje ungdom i MST (34 prosent) stod registrert med eitt barneverntiltak i tillegg til MST. 12 prosent av ungdommane stod registrerte med tre ulike tiltak frå barnevernet, og av dei åtte ungdommane som tok imot fire tiltak, stod tre registrerte med plass i ungdomsheim. To personar, som begge budde heime, var registrerte med fem tiltak kvar, og tiltaka i tillegg til MST var her *økonomisk hjelp, hjelp til fritidsaktivitetar, støttekontakt* eller *heimkonsulent*, og *andre tiltak*. Den eine personen som tok imot seks tiltak, stod registrert med følgjande tiltak i tillegg til MST: *økonomisk hjelp, hjelp til fritidsaktivitetar, behandling av barn med særlege opplæringsbehov, hybel og andre tiltak*.

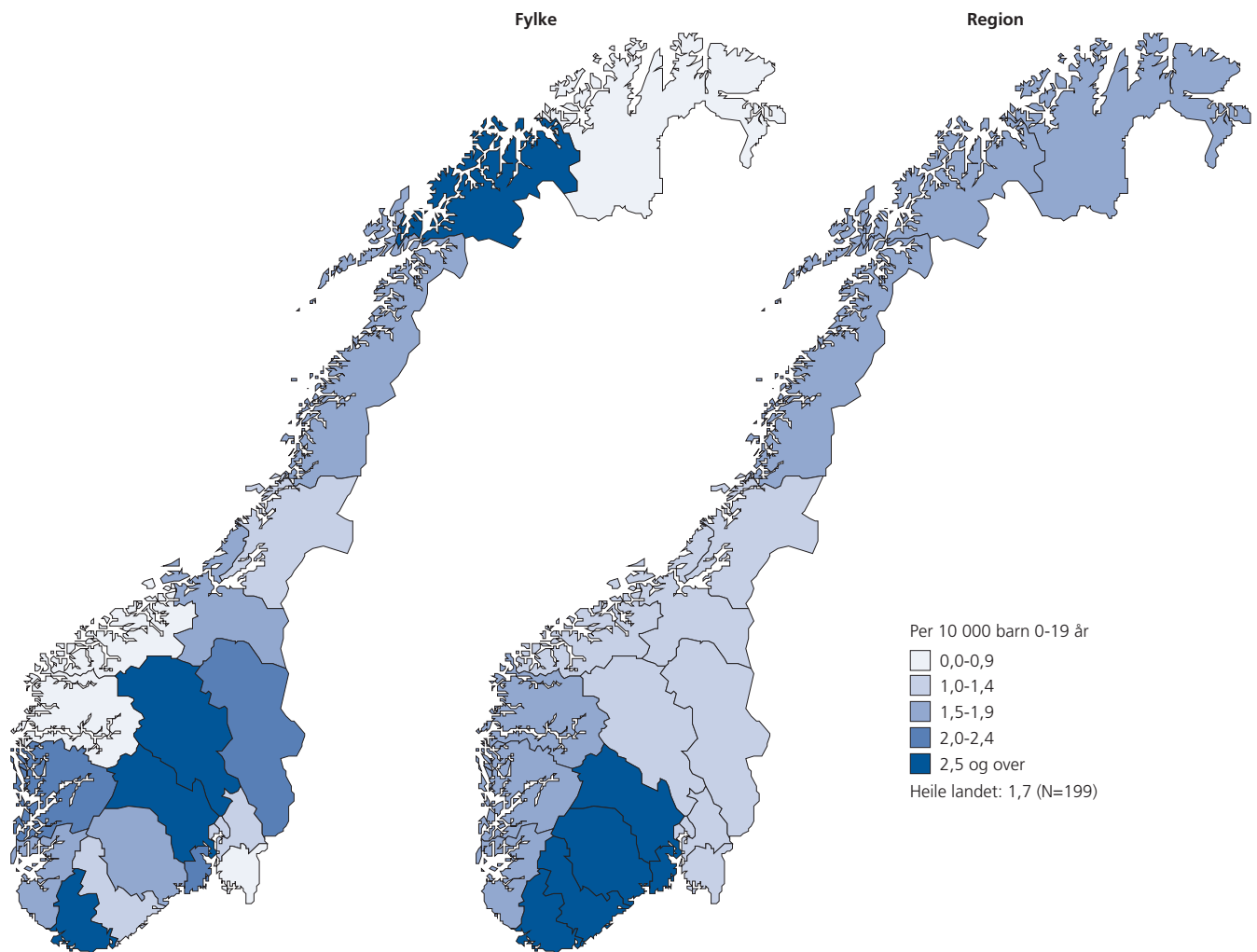
Tabell 2 viser òg kva tiltak ungdommane stod registrerte med i 2002¹. I gjennomsnitt tok dei imot 2,5 tiltak i statistikkåret, og dei fleste var kjeningar for barnevernet. Reknar vi med dei som fekk hjelp til *bustad/hybel*, så var det i alt registrert 63 plasseringstiltak i året på dei 199 som fekk MST-behandling ved utgangen av året. Dei fleste plasseringane gjaldt plass i ungdomsheim, beredskapsheim eller fosterheim. For ti av ungdommane hadde det vore aktuelt med to plasseringar utafor heimen siste året.

¹ Hovudregelen er behandling i tre månader, men ein kan etter søknad få forlengja med tre nye månader. MST-behandlarane tek ikkje på seg ansvar for ettervern av klientane.

² UiO har eit forskingsprosjekt der ein i ein randomisert kontrollert studie samanliknar 64 unge i MST med 38 unge som fekk andre tiltak frå fylkesbarnevernet (Christensen 2003). Prosjektet er svært interessant fordi det vil kunne seia oss noko om kva effekt MST-behandlinga har hatt. SSB-statistikken er derimot ikkje eigna til å måle effekten av tiltaket.

³ Grunnen til at ein ikkje fokuserar på barn med MST-tiltak i løpet av året, er at det er ei underreportering i SSB sin individstatistikk når det gjeld i løpet av året-tal. Det viser seg at dei unge er registrerte med tiltak i SSB-statistikken, men ein del står med *andre tiltak* i staden for *MST-tiltak* i løpet av året. Talet på unge i MST-tiltak per 31. desember er derimot grundig sjekka og retta opp, og her svarar no individstatistikken med det talet fylkeskommunane har oppgitt.

Figur 2. Barn i MST-tiltak per 10 000 barn 0-19 år, etter fylke og region, per 31. desember 2002



Kjelde: Barnevern 2002, Statistisk sentralbyrå.
Kartgrunnlag: Statens kartverk.

Ut frå dei mange hjelpetiltaka barneverntenesta bidreg med, sit ein att med eit bilete av MST-klientane som ei gruppe ungdommar med åtferdsproblem, men som klart skil seg ut frå den stigmatiserte gruppa av «verstingane» innafor barnevernet. Sistnemnde gruppe er dei som etter §4-24-vedtak i fylkesnemnda blir plasserte på lukka barnevernsinstitusjonar¹². Dette er ungdommar som fylkesnemnda ser som så farlege for seg sjølv eller omgivnaden, at dei treng å låsast inne for ein periode, anten på eit akutt tvangsvedtak eller for utgreiing i maks fire veker¹³.

MST eit tilbod til alle?

I 2002 hadde Sogn og Fjordane og Finnmark framleis ikkje tilbod om MST-behandling. Ser ein talet på unge i MST-tiltak i høve til talet på barn under 20 år, ligg gjennomsnittet for heile landet på 1,7 per 10 000 barn 0-19 år. Buskerud og Vest-Agder ligg på topp med 3,3 og 2,9. Begge desse fylka vil i framtida høyra til region Sør (sjå fotnote 2), den regionen som hadde flest unge i MST ved utgangen av 2002. To av dei andre fylka i region Sør;

⁴ Staten vil frå 1. januar 2004 overta oppgåvene til det fylkeskommunale barnevernet, og forvaltningsreforma fører til at fem nye regionar (Øst, Sør, Vest, Midt og Nord), pluss Oslo, får ansvaret for å drive og utvikla tenestetilbodet, deriblant MST-tiltaka.

⁵ SSB har to datakjelder: ein individstatistikk som blir samla inn frå kommunane med opplysningar om kvart enkelt barn, og ein summarisk statistikk henta inn frå fylkeskommunane. Ifølgje individstatistikken var det 199 unge i MST-tiltak per 31. desember 2002. Den summariske statistikken frå fylkeskommunane viser 191 unge med tiltak.

⁶ Psykiateren Gustav Jonsson var i mange år leiar av Barnbyn Skå. Han er òg kjent som mannen bak omgrepet *Det sociala arvet* (Jonsson 1969).

⁷ Opplysningane er henta frå Bernadette Christensen sitt foredrag på Sosial- og helsedirektoratet sitt miniseminar om forskning og praksis i sosialtenesta, den 7. april 2003 i Oslo. Tittelen på foredraget var: *Virker multistystemisk terapi i Norge?*

⁸ Opplysningane er ofte mangelfulle og det er nødvendig å henta opplysningar frå SSB si fødelandsfil, slik vi har gjort.

⁹ Innvandrarbefolkninga i Noreg er ikkje ei homogen gruppe. Det dei har til felles er at foreldra ikkje er fødte i Noreg.

¹⁰ Frå og med 2002-årgangen har statistikken 26 tiltakskategoriar som kan kryssast av, og MST er her tiltak 24 i rekkja. Det er dei barneverntiltaka som klienten tok imot per 31. desember 2002 som ligg til grunn i denne framstillinga.

¹¹ Dei tiltak ein ungdom har i løpet av 2002 treng ikkje vera samanfallande i tid med MST-behandlinga. Dette kan vera tiltak den unge hadde før MST starta. Vi ser til dømes at 27 av dei med MST-tiltak per 31. desember har hatt eit opphald i ungdomsheim i 2002, men at berre sju står med tiltaket ungdomsheim ved utgangen av året, som er samtidig med MST-behandlinga.

¹² Lov om barneverntjenester §4-24 opnar for plassering og tilbakehald i institusjon uta eige samtykke. Eit barn som har vist alvorlege åtferdsvanskar; ved alvorleg eller gjenteke kriminalitet, ved vedvarande misbruk av rusmidler, eller på annan måte, kan uta eige samtykke eller samtykke frå den som har foreldreansvaret for barnet, plasserast i ein institusjon for observasjon, undersøking og korttidsbehandling i opptil fire veker ...

¹³ I Noreg har vi tre lukka barnevernsinstitusjonar der Barnevernets utviklingscenter (BUS) i Oslo er den største. Her kjem barn og ungdom med alvorlege åtferdsproblem i aldersgruppa 12 til 18 år.

¹⁴ Noregs forskningsråd arrangerte hausten 1997 ein ekspertkonferanse om tilbod til barn og unge som er spesielt vanskelege og utagerande.

¹⁵ Ifølgje SSB sin barnevernstatistikk for 2002 hadde 26 354 barn tiltak frå barnevernet ved utgangen av 2002 (sjå <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverng>).

¹⁶ Døgnprisen ligg ifølgje Berandette Christensen (2003) på rundt 800 kroner, det vil seia i underkant av 300 000 kroner per år. Til samanlikning var gjennomsnittsprisen på ein institusjonsplass i 2001 på 1 200 000 kroner per år (Statistisk sentralbyrå, 2002, <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverni>).

Referansar

Christensen, Bernadette (2003): *Virker multi-systemisk terapi i Norge?* Foredrag på Sosial- og helsedirektoratet sitt miniseminar «Mind The Gap» om forskning og praksis i sosialtenesta, den 7. april 2003 i Oslo.

Jonsson, Gustav (1977): *Flickor på glid: en studie i kvinnoförakt*. Stockholm. Tidens förlag.

Lundström, Tommy og Marie Sallnäs (2003): *Klass, kön och etnicitet i den sociala barnvården*. Socialvetenskaplig tidskrift nr 2-3, 2003.

Statistisk sentralbyrå (2003): *Barnevern 2002*.

St.meld. nr. 40 (2001-2002): *Om barne- og ungdomsvernet*.

Vestfold og Telemark, ligg òg klart over landsgjennomsnittet, medan Aust-Agder hadde relativt få ungdommar i MST-behandling.

Regionane Vest og Nord ligg begge likt med landsgjennomsnittet. Eit kjenneteikn ved begge desse regionane er at eitt av fylka står uta MST-tilbod. I regionane Øst og Midt, som begge samla sett har få unge i MST i høve til folketalet, finn ein store skilnader mellom fylka. I region Øst ligg Oppland og Hedmark klart over landsgjennomsnittet, medan Østfold ser ut til berre å vere i startgropa når det gjeld utbygginga av MST-tilbodet. Oslo hadde færrest unge i MST i høve til barnebefolkninga under 20 år.

Sluttkommentar

Ei ekspertgruppe som på slutten av 1990-talet såg på behandlingstiltak til barn og unge med åtferdsproblem¹⁴, konkluderte med at institusjonstilbod aleine ikkje eignar seg for desse ungdommane. Tilrådinga deira var at ein i tillegg må satse intensivt på tiltak der ulike delar av hjelpeapparatet blir dregne inn saman med familie, skule, arbeidsliv og fritidsmiljø (St.meld. nr. 40 2001-2002:136).

Dagens MST-tilbod blei svaret: Behandling i heimemiljøet som er like intensiv som institusjonsbehandling. Langt dei fleste av ungdommane i MST trong inga plassering utafor heimen, men ein av ti sto registrert med plasseringstiltak ved utgangen av året. Som tidlegare nemnt må vi ikkje forveksla ungdommane i MST med dei såkalla «verstingane» i barnevernet, der tilbodet om plass i ein lukka barnevernsinstitusjon krev tvangsvedtak i fylkesnemnda (jf. BVL §4-24).

Vi kan fastslå at MST-tilbodet framleis berre er i startgropa, og at tilbodet i utgangspunktet ikkje er meint som eit alternativ for alle unge med åtferdsproblem. Det blir stilt fleire strenge krav før MST-behandling er aktuelt, mellom anna at ungdommen ikkje er psykotisk, at han/ho har ein omsorgsperson, og at omsorgssvikt ikkje er skuld i problema, men i utgangspunktet er eit åtferdsproblem. Mange unge med åtferdsproblem vil av den grunn falla utafor MST-tilbodet.

Eit situasjonsbilete henta frå barnevernstatistikken viser at det var få i MST-behandling samanlikna med talet på barn og unge i fosterheim og i institusjon ved utgangen av 2002. Av 26 350 med tiltak¹⁵ (Statistisk sentralbyrå 2003) hadde 24 prosent plass i fosterheim, 7 prosent hadde institusjonsplass og berre ein liten promille fekk MST-behandling. Ein snuoperasjon innafor barnevernet frå dyre institusjonsplassar eller bruk av fosterheim til intensiv behandling i heimemiljøet, er med andre ord ein lang veg å gå. Ein treng òg utdanna MST-terapeutar for å koma i gang. Sidan MST-behandling er mykje billegare enn ein plass i behandling sinstitusjon¹⁶, og fordi vi no opplever ein kvass kritikk både av institusjonsomsorg og fosterheimar på grunn av manglande tilsyn, kan ein «snuoperasjon» likevel få ekstra drahjelp.

Den nye registreringa av MST i barnevernstatistikken vil gjera oss i stand til å følgja utviklinga over tid. Det er likevel den varsla forskingsrapporten, som kan seia oss noko om effekten av MST-behandlinga, som blir avgjerande for kva plass MST skal få i eit samla behandlingstilbod til unge med åtferdsproblem.