



# BARNE-, LIKESTILLINGS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET



Søk hos Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

Søk på hele regjeringen.no

Del/Tips Utskrift a a a Lytt til teksten

## Departementets forsida

## Aktuelt

## Tema

## Pressesenter

## Dokumenter

- ▶ Statsbudsjettet
- ▶ Proposisjoner og meldinger
- ▶ Lover og regler
- ▶ Rundskriv
- ▶ Høringer
- ▶ NOU-er
- ▶ Rapporter og planer
- ▶ Veiledninger og brosjyrer
- ▶ Tidsskrift og nyhetsbrev
- ▶ Andre dokumenter
- ▶ Bestilling av publikasjoner

## Om departementet

## Lyd og bilde

## Dokumentarkiv

Rundskriv, 19.06.2000

## RUNDSKRIV OM BRUK AV "MULTISYSTEMISK TERAPI" (MST) OVERFOR BARN OG UNGDOM MED ALVORLIGE ATFERDSVANSKER

### Målsetting og målgruppe

Formålet med rundskrivet er å informere landets kommuner og fylkeskommuner om et nytt hjemmebasert behandlingsalternativ (MST) til institusjonsplassering av barn og unge med alvorlige atferdsvansker.

Rundskrivet skal sikre korrekt lovanvendelse og klargjøre kommunens og fylkeskommunens økonomiske og administrative ansvar der denne hjemmebaserte behandlingsmetoden vil komme til anvendelse.

Målgruppen er både 1) barn og unge som står i fare for å utvikle alvorlige atferdsproblemer og 2) de som allerede har utviklet slike. Behandlingsmodellen vil både rettes mot barn og unge som er i ferd med å innfri og de som allerede innfrir barnevernlovens kriterier for plassering i institusjon etter atferdsbestemmelsene.

Jfr. §§ 4- 24 og 4- 26 i barnevernloven.

### Metodens innhold

Behandlingsmetoden heter "Multisystemisk terapi" (forkortet MST). Det er en veldokumentert metode som kan vise til gode resultater. Den er utviklet i South-Carolina, USA og er rettet mot behandling av ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Det foreligger en betydelig dokumentasjon fra USA som viser at MST er en av de mest lovende metoder i behandlingen av slike problem. Selv om nordisk behandlingsforskning har vært sparsom innen dette området, viser de få undersøkelsene som foreligger at familieintensive og nærmiljørettede tiltak kan gi gode resultater.

MST består av et intensivt, tidsavgrenset og familiebasert tilbud til ungdom som er kriminelt belastet og/eller har utviklet et rusproblem. Tilbudet er rettet mot den unge og dennes familie og gjennomføres i lokalmiljøet der alle aktuelle instanser blir trukket med i arbeidet.

Metoden tar utgangspunkt i at atferdsproblemer opprettholdes av problemskapende omgangsformer innen eller mellom sosiale systemer. Eksempler på dette er familien, skolen, arbeidssted og jevnaldrende, (kulturelle institusjoner og familiens omgivelser for øvrig). Foreldrene ses på som likeverdige samarbeidspartnere. De har hovedansvaret for å formulere konkrete behandlingsmål og bidra til at disse oppnås. Familien blir betraktet som en verdifull ressurs selv om den har mange og alvorlige problem. Gjennom foreldrestøtte og aktiv tilstedeværelse i familien søker behandlerne å sette familien i stand til å løse sine egne problemer.

Tilnærmingen kjennetegnes av å være en helhetlig omsorgs- og behandlingsform. For å redusere atferdsproblemer må bl.a foreldrenes oppdragerpraksis forbedres, ungdommens skoleprestasjoner videreutvikles, kontakten med avvikende ungdomsmiljøer reduseres og kontakt med ikke- kriminelle jevnaldrende gjenopprettes. Familien må også bli i stand til å løse fremtidige problemer selv.

Gjennomsnittlig behandlingstid er fire måneder der behandlerne er tilgjengelige hele døgnet under behandlingsperioden. Etter avsluttet behandling følges familien eventuelt opp av det stedlige hjelpeapparat.

Gjennomføring av MST med denne målgruppen medfører betydelig mindre kostnader sammenlignet med behandling i institusjon.

### Implementering av "multisystemisk terapi" (MST) i Norge

For å bidra til å sikre bredde og kvalitet i arbeidet med barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker, vil Barne- og familiedepartementet i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet i løpet av de neste tre årene tilby alle landets fylkeskommuner deltakelse i et opplæringsprogram som bygger på MST.

I de fylkeskommuner som ønsker dette opplæringstilbudet, er det meningen å etablere ett eller flere team. Hvert team består av tre behandlere og en veileder. Ett team vil kunne behandle 25 - 30 familier pr. år. Utgiftene til drift av teamene må bæres av fylkeskommunene selv, mens utgiftene til opplæring og veiledning dekkes av departementet. Når det gjelder planleggingen av disse tjenestene, bør dette skje i et samarbeid mellom det fylkeskommunale barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Sosial- og helsedepartementet har åpnet for bruk av psykiatrimidlene til å etablere fylkeskommunale MST- team.

Opplæringen vil starte høsten 1999 med noen fylkeskommuner eller helseregioner som har



gjort de nødvendige forberedelsene. De fylkeskommuner som vil trenge mer tid til forberedelse og planlegging, vil få tilbud om deltakelse i senere opplæringsrunder.

Utvikling av behandlingskompetanse i multisystemisk terapi er således rettet mot ansatte i den fylkeskommunale barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien. Den viktigste grunnen til dette er at MST utgjør et alternativ til institusjonsplassering hvor kompetansekravene til behandlerne i det minste må tilsvare kompetansen til de som arbeider i fylkeskommunale institusjoner som mottar barn og unge med alvorlige atferdsvansker.

### **Konsekvenser for samarbeidet og fordeling av utgifter mellom kommunen og fylkeskommunen**

Gjennomføring av MST innebærer at det er et eget fylkeskommunalt team som utfører behandlingen direkte i ungdommens familie og nærmiljø. Dette behandlingsteamet må samarbeide nært med kommunes barneverntjeneste, skole og andre aktuelle instanser lokalt.

Det henvises for øvrig til Barne- og familiedepartementets rundskriv, juni 1998 "om det kommunale og fylkeskommunale arbeidet med barn og unge med atferdsvansker" hvor ansvarsfordelingen mellom kommunen og fylkeskommunen i arbeidet med slike saker er nærmere utdypet.

### **Lovanvendelse ved bruk av MST**

Vanligvis har fylkeskommunen hatt som oppgave å skaffe plass i institusjon eller i fosterhjem med særlige forutsetninger når kommunene har meldt behov for plassering av barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. Med innføring av MST- tilbudet, utvider fylkeskommunen sitt tilbud til denne målgruppen slik at behandlingen også kan rettes mot den unge mens denne fremdeles bor hjemme. En flytter behandlerne og ungdommen fra institusjonen til ungdommens hjem. Av denne grunn blir denne behandlingen å anse som et hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4, annet ledd. Det er kommunens barneverntjeneste som har ansvaret for tiltak i hjemmet, men ved bruk av MST får kommunen tilbud om faglig behandlingsbistand fra fylkeskommunen. Det er således kommunen som må fatte vedtaket når det gjelder å iverksette MST i den enkelte familie. MST kan også anvendes overfor barn og unge som bor i fosterhjem med særlige forutsetninger etter § 4-24 og 4-26, jf. § 4-27.

### **Kommunens ansvar i behandlingsperioden**

For å lykkes i arbeidet med MST kreves et tett samarbeid mellom MST-teamet og den kommunale barneverntjeneste, skole og andre aktuelle tjenester. Den kommunale barneverntjenesten har ansvar for å inngå en avtale mellom kommunen og foreldrene mens MST pågår.

Den kommunale barneverntjenesten har oppfølgingsansvar også i behandlingsperioden og må være behjelpelig med å sikre familien de praktiske og økonomiske betingelser som kreves for å holde ungdommen i det hjemmebaserte tiltaket. Den samme tjenesten må også vurdere behovet for eventuelle akutt-plasseringer mens MST-gjennomføres.

Ettersom vanskelighetsgraden i MST- saker tilsvare saker etter bestemmelsene i barnevernlovens atferdsparagrafer, er det naturlig at den fylkeskommunale konsultasjonstjenesten trekkes inn i vurderingen om det er MST, institusjons- plassering eller andre tiltak som vil være best egnet for ungdommen. Ansvaret for å gjennomføre tiltakene ligger hos fylkeskommunen. Av den grunn bør den fylkeskommunale konsultasjonstjenesten være med i vurderingen av hvem som skal få hvilke fylkeskommunale tilbud, inklusive MST.

Fordi gjennomføring av MST vil skje i den unges kommune, vil også kommunens egne faginstanser få tilført verdifull kunnskap. På lengre sikt vil dette medføre økte muligheter for at den kommunale barneverntjenesten i tilstrekkelig grad kan følge opp den atferdsvanskelige ungdommen og dennes familie både etter avsluttet hjemmebasert behandling eller etter endt institusjonsplassering.

Det er etter barnevernloven et overordnet prinsipp at barns behov for hjelp først og fremst skal søkes løst ved tiltak i hjemmet, og at tiltak utenfor hjemmet bare skal benyttes når det ikke er mulig å skape tilfredsstillende forhold for barnet med tiltak i hjemmet. Når MST er ferdig utprøvet og tilstrekkelig utbygget i landets fylker, bør denne behandlingsformen derfor bli prøvet eller vurdert benyttet for plassering utenfor hjemmet, jf. § 4 –25, første ledd, første punktum.

### **Økonomisk ansvarsfordeling**

Da MST er et alternativ til institusjonsplassering, bør utgiftene fordeles mellom kommune og fylkeskommune som ved institusjonsplassering. Dette innebærer at mens MST gjennomføres, betaler kommunen egenandelen i dag kr 11 000,- pr mnd, mens fylkeskommunen dekker det overskytende.

Hvis MST- teamet vurderer at det trengs andre hjelpetiltak i behandlingsperioden, må kommunen betale utgiftene knyttet til disse.