

Masteroppgave

Ungdom med atferdsproblemer - behandle eller gjemme bort?

Av

Lena Charlotte Kårikstad

Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Veileder:

David Lansing Cameron

Universitetet i Agder, Kristiansand

17.11.2008.

Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av et semester med oppgaveskriving, og er det avsluttende arbeid i min mastergrad i pedagogikk ved Universitetet i Agder.

Ved å arbeide med en masteroppgave, har jeg fått innsikt og kunnskap om handlingsforløpet i en forskningsprosess. Jeg har ervervet ny viten om hvordan MST som behandlingsmetode er bygget opp og fungerer. Samtidig har jeg fått innsikt i informantenes mange følelser og erfaringer med behandlingsmetoden. Prosessen har til tider vært tung og krevende. Samtidig har tiden vært spennende og fylt med mange utfordringer.

Når jeg nå avslutter min masteroppgave har jeg blitt mange erfaringer rikere. Jeg vil i den anledning rette en takk til mine informanter for at de har vist meg tillit, for at de var så imøtekommende og for at de var villige til å dele sine erfaringer og synspunkter med meg.

Jeg vil også takke MST - teamleder i mitt utvalg fylke. Uten deg hadde ikke oppgaven vært mulig å gjennomføre. Takk for at du tok deg tid og var så grundig i besvarelsen av spørsmål jeg stilte. Jeg vil også takke min gode veileder David Lansing Cameron ved Universitetet i Agder for konstruktive tilbakemeldinger. En ekstra takk til min mann, som alltid har tro på meg og som har lovet meg i havn.

Lena Charlotte Kårikstad

Kristiansand, 10. november 2008

”There`s more to the picture than meets the eye”.

Neil Young (1979)

Sammendrag

Multisystemisk behandling (MST) er et frivillig familiebasert tiltak innenfor Bufetat som er rettet mot ungdom som bor hjemme og har alvorlige atferdsvansker. Målgruppen er ungdom mellom 12-18 år. Metoden tar utgangspunkt i at den beste måten å hjelpe ungdom på, er å hjelpe hele familien og nærmiljøet. MST viser til gode resultater som har ført til en langsiktig reduksjon i kriminell aktivitet, færre arrestasjoner på grunn av rusmisbruk og voldelig atferd, økt samhold mellom familiemedlemmer, økt sosial støtte og færre konflikter. For noen av ungdommene kan MST være et alternativ til plassering utenfor hjemmet.

Denne oppgaven fokuserer på saker hvor det har vist seg at langtidseffekten, eller *generaliseringseffekten*, har vært for dårlig. Det er med andre ord fokus på de langsiktige resultater, etter avsluttet behandling, og problemstillingen min har vært følgende:

Hva kjennetegner MST saker med dårlig generaliseringseffekt?

Temaet handler om noe som har stor aktualitet i dagens samfunn. Hensikt med oppgaven har dels vært å gi ny innsikt til nytte for fagpersoner som jobber med MST, i tillegg til å samle og konkretisere allerede kjente mangler i behandlingens langtidseffekt.

Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi beskriver at miljøer og systemer rundt barnet har en direkte innvirkning på barnet og familien. MST inkluderer alle disse systemene i sin behandling. Videre er løsningsfokuset tilnærming utdypet i oppgaven ettersom den er en viktig og benyttet metode når MST veileder og gir opplæring til foreldre.

Det er foretatt en kvalitativ undersøkelse i oppgaven. For å samle inn data er det utført intervju av relevante personer innen barnevernstjenesten og MST apparatet. I tillegg ble det foretatt intervju av foresatte i forbindelse med to spesifikke behandlingssaker for å innhente førstehånds erfaringer fra MST behandling i praksis.

Funn i oppgaven viser at oppgavens problemstilling kan besvares med flere ulike svar. En dårlig generaliseringseffekt kan skyldes flere faktorer som ligger hos MST team, hos den kommunale barnevernstjenesten, hos familien, hos skolen eller hos det uformelle nettverket. Ikke minst har jeg konkludert med at det skyldes en kombinasjon av flere av de nevnte aktører og systemer. Kort oppsummert kan en dårlig generaliseringseffekt skyldes; for liten eller dårlig oppfølging av familiene etter at MST har trukket seg ut, for dårlig samarbeid med og for dårlig støtte av skolen, foreldrene får for liten avlastning og orker ikke å yte nødvendig innsats eller grad av måloppnåelse ved avsluttet behandling er ikke god nok.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
1. INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Hensikt med oppgaven	10
1.4 Definisjoner	10
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	11
2. PRESENTASJON AV MST	12
2.1 Fra forskning til tiltak.....	12
2.2 Det teoretiske grunnlaget til MST	14
2.1.1 De ni behandlingsprinsippene:	15
2.3 MST sin hjemmebaserte modell for tjenesteytelser.	16
2.4 Hvordan MST tiltaket fungerer.	17
2.5 Det empiriske grunnlaget til MST.....	17
3. TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	19
3.1 Teorien om sosial økologi	19
3.1.1 Mikrosystemet	20
3.1.2 Mesosystemet	21
3.1.3 Eksosystemet	21
3.1.4 Makrosystemet	22
3.2 Løsningsfokusert perspektiv	24
3.3 Empowerment perspektivet.....	26
4. METODE	28
4.1 Vitenskapligteoretisk ståsted.....	29
4.2 Kvalitativt forskningsintervju som metode	31

4.3	I forkant av intervjuet	32
4.4	Intervjuguide	32
4.5	Utvalg av informanter	32
4.5.1	Kontakt med informanter	33
4.6	Datainnsamling	34
4.6.1	Analyse av data	35
4.7	Kvalitet i forskningen	35
4.7.1	Validitet	35
4.7.2	Reliabilitet	37
4.7.3	Generalisering	37
4.7.4	Etiske overveielser	38
5.	DRØFTELSE AV FUNN.....	40
5.1	En kort presentasjon av familiene.	42
5.1.1	Frank.....	42
5.1.2	Kenneth	42
5.2	Årsaker som ligger til grunn for en MST behandling.	43
5.3	Hvordan familien opplever nytten av MST.....	45
5.4	Opplevelse av hvordan skolen tar vare på den atferdsvanskelige ungdommen.	48
5.5	Hvordan barnevernet opplever nytten av MST for familien	53
5.6	Hvordan MST opplever barnevernets rolle i MST behandlingen	57
5.7	Samarbeid med familien, en forutsetning for vellykket generaliseringseffekt.	59
5.8	Opplevelsen av en plassering	62
6.	KONKLUSJON	64
	Litteraturliste.....	69

Vedlegg 1; Informasjonsskriv	73
Vedlegg 2; Samtykkeerklæring	74
Vedlegg 3; Intervjuguide til barnevernstjenesten.....	75
Vedlegg 4; Intervjuguide til foreldre.....	76
Vedlegg 5; Intervjuguide til MST teamledere.....	77
Vedlegg 6; Den analytiske prosessen (Atferdssenteret).....	78
Vedlegg 7; Dokument fra NSD.....	79

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Multisystemisk terapi (MST) er et familiebasert tiltak som benyttes spesielt overfor barn og unge med atferdsvansker og hvor målgruppen er ungdom mellom 12-18 år. Atferdsvanskene defineres i denne sammenheng som;

”Problematisk samhandling innen og mellom sosiale systemer som familien, skolen, jevnaldringsgruppen, kulturelle institusjoner eller familiens omgivelser” (NOU 2000:12 s 69)

Multisystemisk behandling er en metode som ble utviklet i USA, mye fordi man var misfornøyd med de eksisterende behandlingstilbudene for unge med alvorlige emosjonelle forstyrrelser. Behandlingstilbudet var enten utilgjengelig eller ikke i stand til å dekke ungdommens og familiens behov (Henggeler m.fl. 2000). Det er særlig to arbeidsmetoder, utviklet og utprøvd i USA, som danner utgangspunkt for norsk forsknings-, - og utviklingsarbeid på dette området. Den første, MST - metoden (Multi-Systemic Treatment eller multisystemisk behandling”), er valgt som tema for denne masteroppgaven. Den andre kalles PMTO (Parental Management Training- Oregon-modellen eller foreldreopplæring), og legger vekt på å veilede foreldrene, slik at de kan bidra til å endre en negativ og problem skapende samhandling med barnet (Solholm m.fl. 2007).

MST bygger på hensynet til familiebevaring og myndiggjøring (empowerment) av foreldrene (Einarsson og Sandbæk 1997). En av grunntankene er at familiene er selve nøkkelen til langsiktige og positive endringer. Tiltaket er derfor rettet mot hele familien. MST består av individuelt tilpassede og omfattende tiltak, som også retter seg mot kjente risikofaktorer for utvikling av antisosial atferd (NOU 2000:12). Metoden tar utgangspunkt i at den beste måten å hjelpe ungdom på, er gjennom å hjelpe foreldrene, den øvrige familie og nærmiljøet. For å få et godt resultat i MST behandlingen, er det nødvendig med et godt samarbeid mellom skolen, barnevernstjenesten, MST og familien (Ogden 1998).

Kartlegging og utredning skal settes raskt i gang når en ungdom blir henvist til MST, og helst innen 7-10 dager. På den måten kommer MST raskt inn i en familie etter en utløsende

hendelse som har ført til at ungdommen blir henvist fra det kommunale barnevernet. En utløsende hendelse kan for eksempel være en arrestasjon eller en krise/akutt plassering. For å samle inn informasjon om ungdommens funksjon, trengs det informasjon fra forskjellige kilder innenfor ungdommens økologiske system. Her er det viktig med observasjon og direkte samtale med foreldrene, men det vil også være viktig med samarbeid med skolen (Klefbeck og Ogden 2003).

Tiltaksplanen skreddersys for den enkelte ungdom og familie, med intensiv oppfølging og evaluering. I perioder er behandlerne på daglig hjemmebesøk og de er tilgjengelige 24 timer i døgnet syv dager i uken. Særlig det siste har vist seg å ha stor betydning for de familiene som mottar slike tiltak. Hver uke settes det opp mål for arbeidet, og det lages en plan for hvordan målene skal nås. Hver uke går terapeut og familie gjennom hvor langt de har kommet i arbeidet for å nå målene, og hva som eventuelt hindrer framgang. Det skal være mulig å måle framgangen. Det forventes ikke at alle problemer skal være løst når behandlingen avsluttes, men familien har fått kompetanse til å kunne løse problemer på egen hånd (Klefbeck og Ogden 2003).

Tiltakene har et tidsperspektiv på maksimalt seks måneder. MST tiltakene beskrives som totalomsorg, der alle familiens problemer, både praktiske og følelsesmessige, integreres i behandlingen. Terapien gjennomføres av et team, bestående av tre behandlere og en veileder. Bruk av MST har gitt gode resultater ifølge evalueringer som er gjort:

”MST fører til langsiktig reduksjon i kriminell aktivitet, færre arrestasjoner på grunn av rusmisbruk og voldelig atferd samt mindre internering (for eksempel fengsling). Den har også ført til at familiemedlemmene opplever økt samhold og gjensidig tilpasning, samt økt sosial støtte og færre konflikter” (NOU 2000:12 s169)

1.2 Problemstilling

Evalueringer utført av Senter for Atferdsforskning viser at ved cirka 20 prosent av MST sakene, av ulike årsaker, fullføres ikke behandlingen. I de resterende 80 prosent av tilfellene, fullføres behandlingen, og de fleste av sakene avsluttes med god måloppnåelse.

Grad av måloppnåelse ved fullført behandling står imidlertid ikke alltid i samsvar med en vellykket langtidseffekt, eller *generaliseringseffekt*, etter at behandlingen er avsluttet.

Jeg har i oppgaven valgt å fokusere på saker hvor det har vist seg at generaliseringseffekten har vært for dårlig. Det er utført en kvalitativ undersøkelse gjennom å intervju sentrale personene innenfor MST behandlingen og barnevernstjenesten. I tillegg ble det foretatt intervju av foresatte i forbindelse med to spesifikke behandlingssaker, for å innhente førstehånds erfaringer fra MST behandling i praksis. På grunn av ovennevnt fokus på oppgaven, valgte jeg i de to nevnte spesifikke tilfellene saker der man hadde en dårlig generaliseringseffekt.

Grad av måloppnåelse for MST behandling måles i om ungdommen bor hjemme, om de går på skole/jobb, om de ruser seg, om de avstår fra vold og om det er registrert kriminalitet. Resultatene måles ut ifra om de fem målområdene er fullt ut nådd, delvis nådd eller ikke nådd. Hovedmålet er ikke å eliminere all problematferd, men at familien med støtte av uformelt og eventuelt formelt nettverk klarer å håndtere utfordringene selv, også etter at MST har trukket seg ut. Resultatene av de fem målområdene måles igjen etter 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling.

Jeg har i denne oppgaven lagt de samme fem målområder som ovenfor til grunn for det jeg definer som dårlig generaliseringseffekt. Det vil si at dersom de fem ovennevnte mål ikke opprettholdes på lengre sikt, har vi en dårlig generaliseringseffekt.

Statistisk sett opplever man en uakseptabel generaliseringseffekt i cirka 10-20% prosent av tilfellene, avhengig av målområde og hvor lang tid etter avsluttet behandling målingen ble utført. Et interessant poeng er at jo lengre etter avsluttet behandling målingen ble tatt, jo høyere var den nevnte prosentandel. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i konklusjonskapitlet.

Det er disse sakene denne oppgaven fokuserer på, der man opplever en uakseptabel generaliseringseffekt, og problemstillingen er derfor som følger:

Hva kjennetegner MST saker med dårlig generaliseringseffekt?

Jeg har også utarbeidet følgende underspørsmål for å utdype problemstillingen:

”Hvordan opplever ungdommens familie, saksbehandlere i barnevernet og teamledere nytten av MST?”

”Hvilke forklaringer har teamledere, barnevernstjenesten og foreldre på at MST kan ha en dårlig generaliseringseffekt? Og ”I hvilken grad samsvarer disse aktørers forståelser?”

1.3 Hensikt med oppgaven

Et relevant spørsmål i denne sammenheng er: Hvorfor er det interessant å se nærmere på hva som kjennetegner MST saker med dårlig generaliseringseffekt?

Temaet handler om noe som har stor aktualitet i dagens samfunn. Massemedia har stadig reportasjer knyttet til problematikk rundt barn og unge med atferdsvansker, og man kan lett få et inntrykk av at atferdsvanskene hos barn- og unge i dag både forekommer hyppigere og i en mer alvorlig form enn hva som var vanlig tidligere. Samtidig har vi i dag, takket være mye forskning på området, begynt å få mye kunnskap om atferdsvansker.

Hensikten med min forskning er dels å gi ny innsikt som skal være til nytte for fagpersoner som jobber med MST, og dels å samle og konkretisere allerede kjente svakheter med MST. Hensikten er videre at kunnskap som eventuelt genereres av denne oppgaven skal føre til at en økt andel av MST behandlinger oppnår gode resultater i arbeidet med atferdsvansker.

1.4 Definisjoner

Med generaliseringseffekt menes langtidseffekt.

Barn, unge og ungdom vil i oppgaven referere til de mellom tolv og atten år.

Det finnes ikke en allmenn definisjon eller definitive skiller mellom normal atferd og avvikende atferd (Nordahl m.fl. 2005). I oppgaven min legger jeg til grunn Sørli (2000) sin følgende definisjon på antisosial atferd;

”Et barn eller ungdom har alvorlige atferdsproblemer når han/hun over tid viser et antisosialt atferdsmønster som medfører betydelig skade, plage og/eller krenkelse av mennesker og/eller dyr, og når hans/hennes fungerings- og mestringsnivå i hjem og på skole samtidig ligger betydelig under det normale gjennomsnitt for barn/unge på samme alder. Alvorlige atferdsproblemer er et relativt, multiderterminert og vanskelig modererbart fenomen som både avhenger av individuelle forhold og kontekstuelle forhold i barnets/ungdommens nære oppvekst- og læringsmiljøer” (Sørli 2000:41).

Hill og Maughan (2000) gir eksempler på hva antisosial atferd kan være; ulydighet, skulking, stikke av, bruk av rusmidler, tenne på noe, vandalisme og vold mot andre. De forteller videre at hva som er gjeldende skikk og bruk, forventninger, lover og bestemmelser vil variere fra samfunn til samfunn, og det kan av den grunn være vanskelig å gi en fast definisjon på antisosial atferd som gjelder på tvers av de ulike samfunn, til de ulike tider, for ulike aldersgrupper og for begge kjønn. De sier det vil være normalt med noe antisosial atferd., og gir eksempel når barn lyver, eller når de er ulydige mot sine foreldre (Hill og Maughan 2000).

Andre begreper i oppgaven vil bli definert der de gjør seg gjeldende.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Det vil nå følge en beskrivelse av MST. Deretter presenteres relevant teori som skal fungere som et rammeverk for vurderingene som gjøres videre i oppgaven. Den anvendte metode beskrives så i eget kapittel, før den delen av oppgaven som handler om empiriske funn og drøftelse av resultatene gjengis. Til sist kommer en konklusjon.

2. PRESENTASJON AV MST

I januar 2004 overtok staten ansvaret for det fylkeskommunale barnevernet. Det statlige barnevernet ble etablert som en etat (Bufetat), og inndelt tilsvarende som de fem helseregionene. MST er et frivillig spesialtilbud innenfor Bufetat for ungdom som bor hjemme, og hvor kommunen fatter vedtak om hjelpetiltak etter lov om barnevernstjenester (1992). Henvisninger går fra barnevernet i kommuner eller bydeler, til Fagteam i Bufetat. I 2003 ble Atferdssenteret ved Universitetet i Oslo opprettet. Gjennom å kombinere forskning og praksis skal Atferdssenteret utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse for å forebygge og intervensere alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom i Norge. Senteret består av 3 avdelinger. En forskningsavdeling, en utviklingsavdeling for barn og en utviklingsavdeling for ungdom. Utviklingsavdelingen for ungdom har det overordnede faglige ansvaret for alle MST - teamene i Norge, og har ansvar for all opplæring og kvalitetssikring av metoden. De fleste fylkene har opprettet et eller flere MST team. MST - teamene inngår i et faglig samarbeidsnettverk som omfatter kontinuerlig etterutdanning, kvalitetskontroll, dokumentasjon av resultater og regelmessig kontakt og erfaringsutveksling (Ogden 2004).

Først i kapittelet vil jeg redegjøre for sammenhengen mellom atferdsforskning og utviklingen av MST. Deretter vil jeg rette oppmerksomheten mot MST sitt empiriske og teoretiske grunnlag.

2.1 Fra forskning til tiltak

For å få en bedre forståelse av MST og oppgavens tema, kan det være på sin plass å se tiltaket i et historisk perspektiv. En viktig pilar i grunnlaget til MST, er empiriske kunnskaper og forløpere, korrelater og årsaker til alvorlig atferd, som er et resultat av mange år med forskning. Dette har videre ført til et endret syn på hvordan man skal arbeide med barn og unge som har alvorlige atferdsproblemer (Henggeler m.fl. 2000). Jeg vil av den grunn gi en kort fremstilling av forskningen fra 1950- tallet og frem til i dag.

Det er mulig å se en forbindelse i atferdsforskningen like etter andre verdenskrig og frem til dagens MST tiltak. Søken etter å finne årsaker til barn og unges utvikling av

atferdsproblemer, kan deles inn i tre perioder. Den første perioden begynte etter andre verdenskrig, og man var i denne perioden opptatt av hvilken betydning barns tidligere livserfaring hadde sammenheng med senere mental utvikling. Videre i denne perioden gikk forskere over til å se på negative erfaringer med separasjon.

Perioden ble erstattet av et fokus som omhandlet risikofaktorer, faktorer som virket beskyttende for barnet og faktorer som gav barnet kompetanse. Forskningen hadde i denne perioden gått fra et individuelt fokus og fokus på relasjoner innad i familien, til en oppmerksomhet på det sosiale nettverk og samfunnsperspektiv. Samtidig hadde allmennheten, gjennom forskning, blitt klar over at det er vanskelig å konstatere årsaksfaktorer i en slik tematikk og man heller burde se på risikofaktorer (Henggeler m.fl. 1998). Samtidig med forskningsutviklingen endret forbrukerne og myndighetene i USA holdning til hvordan man skulle arbeide med de unges atferdsvansker. "System of Care" var en reformbevegelse som oppstod i USA og ble støttet av offentlige og private organisasjoner. Samtidig vokste det fram organisasjoner som kjempet for familiens interesser i denne problematikken. Begge bevegelsene førte til endringer i verdier som skulle ligge til grunn for behandling av unge med alvorlige atferdsvansker, og var med å føre til at MST tiltaket vokste fram (Henggeler m.fl. 2000). Fremveksten av MST i Norge har flere likhetstrekk med den som foregikk i USA (Ogden 2002).

I Norge har det vært prøvd ut mange ulike tiltak og behandlingstilnæringer for å forebygge og redusere alvorlige atferdsvansker, men resultatene har ikke alltid vært oppløftende. På slutten av 1980-årene og ut over 1990-årene vokste misnøyen med de dårlige resultatene og de manglende tilbud som ble gitt til barn og ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Blind vold og aggresjon blant barn og ungdommer ble også mer synlig i det offentlige rom. Media fokuserte på episoder der for eksempel barn ranet andre barn og der ungdomsgrupper var involvert i vold og drapsepisoder. Det ble derfor stilt krav om politisk handling når det gjaldt håndteringen av denne gruppen barn og unge. Innen spesialområdene for barn og ungdom økte henvendelsene fra familier med atferdsvansker. Tjenestoområdene ga selv uttrykk for mangelfull kompetanse i forhold til denne gruppen. Det var etter hvert et uttalt ønske om å kunne hjelpe familiene før barna var i ferd med å bli plassert på institusjon (Ogden 2002). Ny innsikt på dette området var ønsket for å gi grunnlag for handling (Barne- og familiedepartementet 1997).

Norges Forskningsråd (NFR) arrangerte i oktober 1997 ekspertkonferansen om: ”Tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende”. De ansvarlige for konferansen ønsket å få systematisk og nyttig kunnskap om årsaksforhold, forebygging og effektiviteten av ulike behandlingsformer. Forskere og klinikere fra USA, Canada og Norge var tilstedet på konferansen. På bakgrunn av konferansen, ble det her til lands utnevnt en ekspertgruppe som kom med anbefalinger om hvordan videre forskning, forebygging og behandling burde foregå. Blant de nye metodene vakte MST stor interesse (Norges forskningsråd 1998). Multisystemic therapy oversettes til norsk som multisystemisk terapi eller behandling (MST). Den er utviklet av Scott Henggeler og hans kollegaer ved Medical University i Charleston, USA (Henggeler mfl 1998).

Etter at en norsk faggruppe besøkte Henggeler og hans kolleger i USA våren 1999, gav ekspertgruppen råd om å implementere MST i Norge. Fylkeshelsesjefene fikk tilbud om å prøve ut den nye metoden, og 17 av landets 19 fylker tok imot tilbudet om å opprette MST - team. Høsten 1999 ble så behandlingsmetoden introdusert til fylkene for første gang, og de første teamene var i gang med selve behandlingsprosessen etter kort forberedelse og opplæring. (Schjelderup m.fl. 2005). Per i dag, november 2008, har 3800 ungdommer i Norge mottatt MST behandling (Taraldsen 2008).

2.2 Det teoretiske grunnlaget til MST

MST er en metode som har vært brukt med stort hell i USA og Norge. Behandlingstilbudet tar sikte på å bedre ungdommens oppførsel og fremme positive ferdigheter i hjemmet, på skolen og i nærmiljøet. For noen av ungdommene kan MST være et alternativ til plassering utenfor hjemmet. Ungdom er omgitt av mange sosiale systemer som for eksempel familien, skoleklassen, venner, idrettslag og naboer. Tiltakene i metoden inkluderer derfor alle disse sosiale systemene. Dette betyr at det ikke bare er ungdommen som er fokus for MST -teamet, men også andre personer i de sosiale systemene (Ogden 2006).

Metoden styres av ni relativt vide og fleksible behandlingsprinsipper. Det gjør at terapeutene til en viss grad har fleksibilitet i arbeidet sitt, og kan utnytte kunnskap fra tidligere erfaringer. Hensikten med behandlingsprinsippene er det skal være mulig å kontrollere om arbeidet som

utføres stemmer overens med teorien. På denne måten kan prinsippene være styrkende i behandlingen. Hvor trofaste foreldrene og terapeutene er mot behandlingsprinsippene, kan påvirke langtidsresultatene av tiltaket (Henggeler m.fl. 2000).

2.1.1 De ni behandlingsprinsippene:

1. Den primære hensikten med utredningen er å forstå den gjensidige tilpasningen mellom de identifiserte problemene og deres systemiske kontekst. Målet for en MST - utredning er å gjøre atferdsproblemene ”forståelige” i lys av den systemiske sammenhengen de opptrer i.
2. Terapeutiske kontaktpersoner understreker det positive og benytter systemiske styrker som endringsverktøy.
3. Intervensjonene er utformet for å fremme ansvarlig atferd og redusere uansvarlig atferd blant familiemedlemmene.
4. Intervensjonene er fokusert mot her og nå og er handlingsorientert med spesifikke og veldefinerte problemer som mål.
5. Intervensjonene rettes mot atferdssekvenser innenfor og mellom de sammensatte systemene som vedlikeholder problemene man har identifisert.
6. Intervensjonene er formålstjenelig utformet og passer den unges utviklingsmessige behov.
7. Intervensjonene er utformet slik at den krever daglig eller ukentlig innsats av familiemedlemmene.
8. Virkningen av intervensjonene evalueres fortløpende fra forskjellige perspektiver, med forsørgere som tar ansvar for å overvinne barrierer mot vellykkede resultater.
9. Intervensjonene utformes for å støtte behandlingsgeneralisering og langtidsvedlikehold av terapeutiske endringer. Disse målene nås ved å sette omsorgsyttere i stand til å rette seg mot familiens behov på tvers av mangesidig systemkontekster (Henggeler m.fl. 2000:46-60).

2.3 MST sin hjemmebaserte modell for tjenesteytelser.

Som nevnt tidligere i oppgaven er et hovedtrekk ved MST å endre den unge og familiens økologi (familiens forhold til omgivelsene), slik at det fremmer positiv tilpasning og reduserer emosjonelle og atferdsmessige vansker. Dette krever at MST intervensjonene tilpasses i den unges og familiens naturlige omgivelser. For at behandlingen skal passe inn i disse omgivelsene og for at MST skal bidra med god hjelp, har man valgt å bruke en hjemmebasert modell med følgende særtrekk: (Henggeler m.fl.2000).

1. Liten klientportefølje. Mellom tre og seks familier pr heltidsansatt.
 2. Tilbudet gis i familiens naturlige omgivelser, dvs. hjemme, på skolen og i nabolaget
 3. Tidsavgrenset behandling, fra ca 3 – 5 måneder pr familie.
 4. Terapeutene arbeider i team på tre til fire terapeuter.
 5. Terapeuten, eller en av klinikerne i teamet, er tilgjengelig 24 timer i døgnet syv dager i uken.
 6. Avtaler lages med familien når det passer dem.
 7. Daglig kontakt med familien enten ansikt til ansikt eller gjennom telefon.
- (Henggeler m.fl. 2000: 63)

Intensjonene med en slik hjemmebasert modell er å yte intensiv hjelp til familiene. I tillegg får MST - terapeutene tilgang til utredningsdata med større validitet enn vanlig når de blir samlet inn fra de omgivelsene hvor problemet forekommer, det vil si i hjemmet, nærmiljøet og skolen. Den økte validiteten på kartleggingen vil igjen gi positive ringvirkninger for de tiltak man planlegger og gjennomfører. En annen fordel er at en slik behandlingsmåte gjør at det blir lettere å nå frem med behandlingen. For mange av disse familiene vil det å klare å møte opp til behandlingen på en annen plass enn i hjemmet, utgjøre en stor hindring for behandlingen. Samtidig viser man også gjennom en slik behandlingsmåte at man respekterer familien og deres hjem, og viser et engasjement for å hjelpe dem. Fordelen av en slik

holdning er at den ofte gir positiv effekt, og kan være med å kontrollere framgang av behandlingen (Henggeler m.fl.2000). En slik behandlingsmetode er også i tråd med empirisk kunnskap og teorien om sosial økologi (Bronfenbrenner 1979), som blir presentert i neste kapittel.

2.4 Hvordan MST tiltaket fungerer.

Den analytiske prosessen i MST (vedlegg 6) gir en fremstilling av hvordan MST tiltaket fungerer fra henvisning til avslutning av tiltaket (Atferdssenteret).

Først vil MST -terapeuten rette et fokus på den unge og familiens økologi for å lete etter ressurser og svakheter. Deretter vil terapeuten starte med å samle inn informasjon fra ulike kilder i det økologiske systemet rundt den unge. På bakgrunn av den kunnskapen MST -terapeuten nå er i besittelse av, vil han utforme noen hypoteser om hvordan problemene knyttet til den unge kan løses. Disse hypotesene vil være rettet mot en bredere sammenheng enn bare familien, f. eks skole og nærmiljø. For å oppnå økologisk validitet, ønsker MST at intervensjonen blir satt i verk av den unges omsorgspersoner i den naturlige økologien, som for eksempel foresatte, slektninger, venner av familien, ansatte i skolen eller fritidsorganisasjoner (Henggeler m.fl. 2000).

2.5 Det empiriske grunnlaget til MST

MST er teoridrevet og forskningsbasert. Den bygger på en klart definert og empirisk basert behandlingsteori, og har gjennom forskningsbasert evaluering en bekreftet langsiktig effekt. Kunnskapen har vokst fram gjennom mange års forskning, primært i USA (Henggeler m.fl. 2000). Empirisk vektlegger modellen den kunnskapen vi i dag her om alvorlige atferdsproblemer, forløpere, korrelater og årsaker. Henggeler skriver:

”Forskere har med andre ord påvist, på tvers av studier og på tross av betydelige variasjoner i forskningsmetoder og målinger, at unges antisosiale atferd direkte eller indirekte henger sammen med nøkkelkarakteristika hos unge og det systemet de inngår i” (Henggeler m.fl. 2000:25).

Det empiriske grunnlaget inneholder mange bevis for at atferdsproblemer har flere og sammensatte årsaker. For å kunne behandle og redusere disse atferdsproblemer trengs en teori om menneskelig atferd som stemmer med disse bevisene. Men en detaljert framstilling av nøkkelkarakteristika som Henggeler beskriver, ligger utenfor oppgavens omfang og vil derfor ikke bli videre omtalt i oppgaven.

3. TEORETISKE PERSPEKTIVER

I teorien har jeg valgt å presentere teori innenfor flere områder, fordi MST ikke bare er en behandlingsmetode som er opptatt av den unge, men også en tverrfaglig og helhetlig behandlingsmetode som inkluderer forholdet mellom miljøer og systemer. Eksempler på dette kan være; barn og foreldre, familien, barnets nærmiljø, skolen og barnevernstjenesten. MST er preget av et menneskesyn som bygger på optimisme og tro på at alle barn har store utviklingsmuligheter innen et bredt spekter av menneskelige områder. I tillegg har behandlingsmetoden en ideologisk forankring, og det pedagogiske og metodiske arbeidet er derfor en viktig del av MST.

MST preges av Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi. Denne teorien antar at alle individer inngår som enheter i systemer og de ulike systemene er avhengig av hverandre og utgjør mer enn summen av enkeltdelene (Bronfenbrenner 1979). Videre i dette kapittelet vil jeg utdype løsningsfokuset tilnærming, som er en viktig og benyttet metode når MST gir veiledning og opplæring til foreldre. I tillegg fokuserer metoden sterkt på tankene bak empowerment, hvor blant annet dette med brukermedvirkning og likemannsarbeid er viktig.

3.1 Teorien om sosial økologi

Bronfenbrenner (1979) utviklet teorien om sosial økologi. Han har beskrevet det økologiske perspektivet på barns utvikling som en progressiv gjensidig tilpasning mellom mennesket i utvikling og det foranderlige miljøet som omgir det. Utviklingen er et sentralt begrep hos Bronfenbrenner, og utvikling hos individet påvirkes av relasjoner i og mellom de ulike miljøsettingene som individene inngår i. Disse miljøsettingene kan ha både en direkte og indirekte påvirkning på individene (Bronfenbrenner 1979).

Teorien om sosial økologi (Bronfenbrenner 1979) kan forstås slik at det må være en gjensidig tilpasning mellom barnet og barnets nærmeste utviklingsmiljø og arena. På den måten blir barnet en aktør i samspillet med personer og omgivelser. Bronfenbrenners (1979) teori viser at barnet er en del av et dynamisk system, der forandringer i ett element virker inn på samspillet og miljøet i resten av systemet.

Teorien om sosial økologi (Bronfenbrenner 1979) beskriver at miljøer rundt barnet har en direkte innvirkning på barnet og familien, både i forhold til forståelse av barnets og familiens spesielle behov, og i forhold til ressurser og ulike hjelpetiltak. Bronfenbrenners (1979) teori henviser til ulike tiltak og strategier for barn med vansker, for eksempel atferdsproblematikk eller andre vansker i barnets miljø. De ulike miljøene kaller Bronfenbrenner (1979) for systemer og MST inkluderer alle disse systemene i sin behandling. Med bakgrunn i alle de ulike miljøene som kunne påvirke et individ, laget Bronfenbrenner (1979) fire ulike systemer hvor hver miljøsetting kunne plasseres.

Urie Bronfenbrenners (1979) betegnet de fire systemene for: **Mikrosystemet, mesosystemet, eksosystemet og makrosystemet**. Bronfenbrenner (1979) definerer utvikling på denne måten:

”Utvikling er definert som personens utvikling av begrepsoppfatning av det økologiske miljø, og hans relasjon til det, og personens kapasitet til å oppdage, opprettholde eller forandre dets egenskaper” (Bronfenbrenner 1979:29).

3.1.1 Mikrosystemet

Bronfenbrenner definerer mikrosystemet slik:

Et mikrosystem er et mønster av aktiviteter, roller og interpersonlige relasjoner som erfares av den utviklende personen i en gitt setting med særegne fysiske og materielle karakteristika (Bronfenbrenner 1979:88).

I mikrosystemet finnes alle arenaer som mennesket er i kontakt med. Det kan blant annet bestå av foreldre, søsken, øvrig familie, venner, barnehage og skole. I dette systemet vil alle relasjoner, aktiviteter og roller finne sted. Mikrosystemet er dermed et utviklingsmiljø hvor barna gjør sine erfaringer og skaper sin virkelighet. Bronfenbrenners (1979) teori beskriver at i et hvert mikrosystem vil det være forskjellige risikofaktorer og utviklingsmuligheter, og mikrosystemet kan være for lite eller for stort (Bronfenbrenner 1979). Eksempel på et lite mikrosystem er barn i en isolert familie, med få personer å forholde seg til og som kan føre til liten variasjon i samhandlingsmønstre. Samtidig kan mikrosystemet være for stort og føre til

at barnet ikke klarer å forholde seg til alle. Videre kan en familie som stadig er på flyttefot, medføre at barnet ikke får mulighet til å bli godt kjent i mikrosystemet. Det er i dette systemet det skjer en individuell læring og hvor nære relasjoner mellom personene innen dette systemet etableres (Klefbeck og Ogden 2003)

Innenfor MST er mikrosystemet svært viktig og dette systemet brukes aktivt for å oppnå en god generaliseringseffekt. MST - terapeuten retter først fokus på familiens økologi (familiens forhold til omgivelsene) i mikrosystemet, for å lete fram ressurser og svakheter. Deretter vil terapeuten gå i gang med å samle inn informasjon fra ulike kilder i mikrosystemet til den unge.

3.1.2 Mesosystemet

Bronfenbrenner (1979) definerer mesosystemet på denne måten:

Et mesosystem utgjør det innbyrdes forhold blant to eller flere settinger eller mikrosystemer som den utviklende person aktiv deltar i (Bronfenbrenner 1979:97).

Mesosystemet; innbefatter blant annet samspillet mellom ulike miljøer og arenaer som barnet eller familien ferdes i. For at læring og utvikling skal skje, er det viktig med samhandling og samspill mellom personene av systemene. Når et barn for første gang beveger seg fra familien til for eksempel skolen, snakker man om en økologisk overgang. Det handler om overgang fra et mikrosystem til et annet. Overgangen kan føre til utrygghet og bør derfor være så myk som mulig (Bronfenbrenner 1979). Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi beskriver at ved å jobbe innen mesosystemet ligger det muligheter for å forandre relasjonene og kommunikasjonene i mikrosystemet (Bronfenbrenner 1979).

Mange av familien som deltar i MST får tjenester fra ulike etater og på ulike nivåer. For disse familiene vil det være viktig med kommunikasjonen mellom systemene, og at tjenestene er samordne og helhetlige. For å få til dette, er man i tillegg til tverretattlig og tverrfaglig samarbeid, avhengig av retningslinjer for samarbeid.

3.1.3 Eksosystemet

Eksosystemet består av relasjoner som ikke står individet veldig nært. Eksempler på dette kan være foreldrenes arbeid eller foreldrenes venner, som kan være med å påvirke barn og ungdoms utvikling, uten at de direkte er deltagere i systemet (Bronfenbrenner 1979).

Hensikten med innføringen av eksosystemet er å få frem at det som skjer i disse strukturene også får konsekvenser for barn og ungdom. Påvirkningen kan skje på to ulike måter. For det første blir barn og ungdom påvirket gjennom de personene de er avhengig av. Videre kan de også bli påvirket via de sosiale institusjonene de har kontakt med.

Eksosystemet er med og påvirker hvordan mennesker bruker tiden, og hvem man er sammen med. Ulike hendelser i eksosystemet kan være oppløsning av kjernefamilien, økende sosial og geografisk mobilitet, sammenbrudd i sosiale nettverk eller flere barn i barnehager (Klefbeck og Ogden 2003). For ungdom og familier som behandles med MST, vil barnevernstjenesten og andre helsetjenester tilhører dette systemet.

3.1.4 Makrosystemet

Det fjerde systemet er makrosystemet (Bronfenbrenner 1979). Makrosystemet består av de brede overordnede mønstre som kan sammenlignes på tvers av kulturer og subkulturer. Disse mønstrene vil i praksis utgjøre ulike politiske, økonomiske og ideologiske systemer.

Eksempel på dette kan være kapitalismen, kommunismen, islam og det kristne samfunn (Klefbeck og Ogden 2003). Makrosystemet har en indirekte påvirkning på barnet, for eksempel via lovvedtak som har betydning for organisering av skoler (Tetzchner 2001).

Makrosystemet fungerer som bærere av informasjon og ideologi, som igjen gir mening til den aktivitet som foregår i de andre systemene som ligger innenfor makrosystemet. Dette systemet skal motivere til enkelte aktiviteter og fremheve enkelte roller. Vi kan ha ulike kulturer i et samfunn. Et samfunn kan være kollektivt innrettet, slik Norge på mange måter er. Andre samfunn kan igjen være sterke fokusert på individualisme slik som for eksempel USA.

Poenget er hvordan samfunnet vi lever i er innrettet, vil påvirke hvordan de andre systemene vil fungere (Klefbeck og Ogden 2003).

Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi beskriver fire systemer som representerer skrittvis utvidelser av barns miljø, men som på hver sin måte påvirker og blir selv påvirket av de andre systemene. Barn i samme land deler makrosystem. Barn som vokser opp i det

samme nærmiljøet, kan ha mye av mesosystemet felles men også felles eksosystemet dersom foreldrene deres omgås mye. Det er imidlertid den gjensidige påvirkningen av de fire systemene som utgjør det enkelte barns unike oppvekstmiljø. Over tid vil det skje endringer innenfor hvert system og i forholdet mellom systemene. For eksempel kan et barn få flere søsken, foreldrene skille lag eller få nye partnere. Barns sosiale nettverk blir større og mer kompleks når de blir eldre. Det skjer endringer i samfunnets lover, holdninger og verdier som kan ha stor betydning i alle systemene (Bronfenbrenner 1979).

Familier med atferdsvanskelige barn er på mange måter blitt en offentlig familie, da det er mange offentlige tjenestetilbud til dem som brukergruppe. Det er lagt opp til et utstrakt samarbeid mellom familien og hjelpeapparatet. Det er blant annet lagt sentrale føringer fra departementet om opprettelse av ansvarsgrupper, utarbeidelse av individuell plan (IP) og utarbeidelse av individuell opplæringsplan (IOP) for den atferdsvanskelige eleven.

Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi beskriver barnet som en del av et dynamisk system der forandring av et element virker inn på samspillet og miljøet i andre miljøer. For eksempel når ungdommen og foreldrene starter MST behandling i hjemmet, vil dette nødvendigvis få konsekvenser for det opplegget som ungdommen har i skolen.

Bronfenbrenner (1979) er også opptatt av at det bør forgå en gjensidig tilpassing mellom barnet og barnets nærmeste utviklingsmiljø og arenaer. Det bør være en sammenheng i verdier og krav som stilles til barnet og barnets utviklingspotensial øker når samarbeidet og kvaliteten på forholdet mellom arenaene øker. Han mener at barnet basistilhørighet er familien, det er derfor de andre i barnets arenaer som må tilnærme seg og skape et godt forhold til barnets familie. Tilpasning til en ny arena blir lettere når det er en sammenheng og godt samarbeid mellom de ulike arenaene og familien. Det er ikke bare graden av det praktiske arbeidet som er av betydning, men i like stor grad det emosjonelle forholdet mellom aktørene på de ulike arenaene. Slik jeg forstår økologisksystems teori (Bronfenbrenner 1979), kan den også være med på å forsterke presset og øke stressnivået hos foreldre. Foreldre kan oppleve et press når det gjelder å være delaktig og pågående med hensyn til å få det beste tilbudet for barnet deres. Eller de kan oppleve å få dårlig samvittighet når de ikke orker eller har lyst til å delta på alternative treningsopplegg (Klefbeck og Ogden 2003).

For familien vil det i de mange tilfeller medføre ekstra stor følelsesmessig og omsorgsmessig belastning dersom den har barn med alvorlige atferdsproblemer. Det er ikke alltid at familiens livsstil og evner er knyttet til barnets atferdsvansker. MST ønsker å redusere den negative

atferden til ungdommen og fremme positiv utvikling. For å oppnå dette målet må MST teamet gi individuelle tjenester til familien, og det må være et kvalitativt samarbeid mellom familien, MST og andre offentlig tjenester. Det er av den grunn viktig at den kommunale barnevernstjenesten, skolen og delvis politiet blir samarbeidspartnere og direkte involvert i MST på ulike måter. MST har en målsetting som i hvert tilfelle settes i samarbeid med foreldre og samarbeidspartnere. Ogden understreker betydningen av at alle individer inngår som elementer i de ulike systemene, og at disse systemene er mer enn summen av enhetene (Klefbeck og Ogden 2003).

3.2 Løsningsfokusert perspektiv

Det er mange ulike veiledningsperspektiver for å gi hjelp til barn og foreldre. En metode som MST har benyttet er løsningsfokusert tilnærming (Ogden 2006). Et løsningsfokusert perspektiv har sitt utspring fra systemteorien og er i tråd med tankene bak teorien om empowerment. Løsningsfokusert tilnærming er hentet fra den amerikanske tradisjonen rundt ”solution focused therapy”. Metoden har røtter i en terapeutisk tradisjon og den anvendes i familierapi, samt i organisasjons- og ledelsesutvikling (Espedal m.fl 2006).

I helsevesenet, barnehagen og skolen, har fokus vært på barnets vansker og foreldrenes problemer. I de siste årene har det vært en dreining av fokus fra problemene og til å ha fokus på individets og familiens ressurser. Det er også lagt mer vekt på at den som søker hjelp, selv skal definere hva det ønskes hjelp til. Målet med denne tanken er å gi hjelp til selvhjelp. Det vil si at den som søker hjelp skal lære seg gode løsningsstrategier, slik at behovet for hjelp blir redusert (Espedal m.fl 2006).

MST - terapeuten retter fokus på familiens økologi for å lete fram ressurser og svakheter, og fokuserer på familiens sterke sider under behandlingen. Og i samarbeid mellom foreldrene og MST – terapeuten, har foreldrene et avgjørende ord med i laget når de overordnede målene for behandlingen blir laget. På denne måten blir målene konsistent med foreldrenes ønsker. I MST behandlingen forventes det ikke at alle problemer skal være løst når behandlingen avsluttes, men familien har fått kompetanse til å kunne løse problemer på egen hånd (Klefbeck og Ogden 2003).

Det norske helsevesenet bærer preg av at det er et asymmetrisk forhold mellom de som mottar tjenester og de som gir. De som yter tjenester er fagpersoner som har mye makt både i forhold til kunnskap, men også i forhold til hvordan de utøver sine kunnskaper og tjenester. Mange tjenester blir gitt ut fra den tanken at fagpersoner vet best, uten at mottaker har blitt inkludert i behandlingen. Behandlingen og tjenesten blir gitt uten at det er en dialog mellom partene. Løsningsfokuset tilnærming bryter radikalt med denne tradisjonen og ser det ikke som nødvendig med kartlegging av problemområdene før en kan sette i gang med tiltak. Innenfor et løsningsfokuset perspektiv er det nesten tvert om; det som en trenger å vite noe om er løsningsmønsteret. Det vil si hva som kjennetegner situasjonen når den er løst og hvilke endringer der er satt inn, og hva som kjennetegner tiltakene som har gitt en god løsning. Med andre ord å ha fokus på hva som gjøres når det fungerer. Det vil igjen si å ha fokus på ønsket atferd. Veien fram til en løsning blir ofte delt inn i ulike faser, fra å kartlegge nå situasjonen og frem til handling for å nå mål (Langslet 2002)

Det som preger målene skal være håp og optimisme. Samtidig er det lagt vekt på refleksjon og bevisstgjøring av hva som har skjedd og hvorfor det har skjedd en forandring. Dette innebærer troen på når noe lykkes en gang, er det stor sannsynlighet for at det skal lykkes igjen. Når det gjelder målene, bærer de preg av at de er små, realistiske og konkrete, og de skal oppleves som viktige for individet. Målene skal også beskrive noe om prosessen og hva som en tror skal til for å nå målene. Derfor er det viktig å samtale om hva som ønskes og hva som gjøres for å oppnå målene. Dette gjøres ved å se på det som en tidligere har lyktes med og hvilke strategier som ble brukt (Langslet 2002). Et overordnet mål i MST behandlingen kan være "Ungdommen skal være rusfri". Det legges vekt på at målene i MST skal være realistiske. For eksempel at ungdommen skal fullføre skolen framfor at ungdommen skal oppnå topp karakterer i alle fag. Veldefinerte mål vil si mål som er objektive, målbare og frie for faguttrykk (Klefbeck og Ogden 2003). Mål som er utformet slik, er lettere å formidle til familien. Løsningsfokuset tilnærming er en måte å tenke på, arbeide med forandringer og problemløsning på, som forhåpentligvis gir rask og ønsket effekt (Langslet 2002)

"Løsningen kan konstateres ved å søke etter det aktøren vil, det de får til av det de vil og årsakene til at de får det til" (Langslet 2002:39)

Tilnærmingen består av et sett av grunnleggende "trossetninger" og et sett av standardiserte spørsmål eller intervensjon. Tanken bak teorien er at problemer løses fortere og kanskje også bedre når det er fokus på mål, fremskritt og kloke grep, og lite eller ingen fokus på hva som

ikke fungerer. I stedet for å lete etter feil og rett opp dette, bør man lete etter det som er riktig, for så å analysere dette slik at en kan lære av de positive erfaringene. Målet er at en kan bruke disse handlingsstrategiene ved senere problemløsning, og ved innlæring av nye ferdigheter. Noen av ”trossetningene” handler om at sosiale fenomener forsås ulikt fordi de blir forstått ut fra den enkeltes for- forståelse og erfaring. Dette fenomenet kan beskrives både negativt og positivt alt etter hvem som beskriver (Rappaport og Hess 1984). Grunnleggere av MST mener det bør være noen klare prinsipper som ligger til grunn for en behandling og har av den grunn utformet ni relativt vide og fleksible behandlingsprinsipper (Henggeler m.fl. 2000).

Et løsningsorientert språk er ikke opptatt av hva en ikke kan, men hva en person kan og hvilke kvaliteter personen har. Alle fenomener kan oppfattes som enten eller (svart/hvitt tenking), og man kan selv velge hva man vil ignorere. I løsningsteorien er man mer opptatt av et både og, og i teorien er det mer nyttig og ha fokus på det som virker enn det som ikke virker. Det som er vanskelig og oppleves problematisk skal ikke skyves under teppet, det skal tas opp og snakkes om, men det skal ikke ta all plass, all energi og alle krefter. Tankegangen med et ”både-og”, er å lete etter hva man gjør når problemet er mindre eller helt fraværende. Tanken er altså å ignorere problemet ved å fokusere på løsning, og dette er den beste måten å se problemet på. Videre er det ikke nødvendig å forstå problemet for å løse det. Det er viktigere å finne veien til løsningen (Espedal m.fl 2006). MST er opptatt av dette perspektiv i tilnærmingen til den unge og foreldrene, og har derfor fokus på hva ungdommen mestrer. Det samme perspektivet er i forhold til foreldrene som står helt sentrale i samarbeidet med MST (Ogden 2004).

3.3 Empowerment perspektivet

Empowerment - begrepet er et relativt nytt begrep i norsk sammenheng. I USA ble empowerment brukt som metode allerede tidlig på 1980- tallet. Metoden blir benyttet av hjelpeapparatet når de skal bistå med tjenester.

”Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations and communities gain mastery over their lives” (Rappaport og Hess 1984:3).

I en praktisk anvendelse betyr empowerment å styrke de som søker hjelp både i forhold til kompetanse, påvirkning og medbestemmelse. Begrepet blir ofte brukt i forbindelse med møte mellom bruker og behandler i det offentlige behandlingssystemet. Videre vektlegges foreldres egen kompetanse og at det er viktig å ta hensyn til den kompetansen når tiltak skal vurderes.

”Empowerment implies that many competencies are already present or possible given niches and opportunities. It implies that new competencies are learned in a context of living life, rather than being told what to do by experts” (Rappaport og Hess 1984:4).

Innen Empowerment vektlegges medbestemmelse og at tilbudet fra det offentlige skal være preget av nærhet, likhet og kvalitet (Einarsson m.fl.1997).

En annen konsekvens av empowerment er at det krever mer samarbeid mellom fagpersonene og brukerne, og det krever samarbeid mellom de ulike etater og nivåer. Resultat bør være at en øker det tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, og at mottaker står i sentrum for de tjenester og hjelp som blir gitt.

Empowerment - begrepet blir også brukt innenfor MST sitt spesialpedagogiske område, i veiledning og rådgivningsarbeid, og hvor det er fokus på at mottaker skal hjelpes til å hjelpe seg selv. Tanken bak empowerment bærer preg av optimisme og positivisme ved at det er fokus på muligheter både i forhold til individet og systemet. Empowerment kan også sees som en konsekvens av nyere spedbarns- og tilknytningsforskning som har påpekt betydningen av tidlig intervensjon for barns utvikling, og fremhevet nødvendigheten å styrke de primære systemene rundt barna, som er familien, barnehagen og skolen (Stern 1995) og (Smith og Ulvund 1991). Antonovsky (2002) vektlegger helsebringende prosesser og faktorer som fremmer positiv utvikling til tross for store belastninger. Han legger vekt på beskyttende faktor som blant annet er å ha en nær fortrolig, en trygg, stabil og emosjonell tilknytning eller et godt selvilde. Andre faktorer som er viktig er å ha forståelse av sin egen livssituasjon og ha tro på at det finnes gode løsninger. Dette har en sammenheng med opplevelse og mening og det å ha tro på at man kan løse utfordringer på en god måte.

Empowerment er både et mål og en metode. Målet er å styrke den som søker råd i forhold til hjelpeapparatet, slik at den som søker hjelp i større grad kan være med å påvirke og være delaktig i de tiltakene som skal gis. Metoden går ut på å møte den som søker råd med anerkjennende holdninger, tilrettelegge prosessen med empati, innlevelse og oppmerksomhet, men også overføre en del avgjørelser til mottaker for hjelp og tiltak. Modellen benytter ofte

nettverksarbeid. Det vil man kartlegger og mobiliser miljøet rundt den som søker råd og involverer miljøet i direkte arbeid. Dette kommer tydelig fram i MST behandlingen og vises gjennom den analytiske prosessen (vedlegg 6). Innen Empowerment og MST vektlegges det at det finnes mye hjelp og støtte i miljøet rundt, bare miljøet får noe hjelp til å organisere seg.

I følge St.meld. 40 (2002-2003) har samfunnet ansvar for å sikre enkeltmenneskets verdi, likeverd, selvbestemmelse og deltagelse. For å nå dette målet mener regjeringen at det er viktig å jobbe med holdninger og rammebetingelser. De offentlige tjenestene bør derfor være preget av et helhetlig perspektiv hvor brukeren selv har innflytelse på innholdet og omfanget av bistanden. Og bistanden som gis må sees i sammenheng med det oppvekstmiljøet personen er en del av. Dette krever at det bør være et tett og kontinuerlig samarbeid mellom mottaker og giver av de offentlige tjenestene. En av grunnene til dette verdigrunnlaget har nok sammenheng med den generelle samfunnsmessig utvikling hvor både barn, foreldrene og familien agerer på mange flere arenaer både i forhold til opplæring, arbeid og fritid, nå enn tidligere. En annen grunn kan være at det i dag er mye kortere avstand mellom de like systemene på grunn av et utbredt kommunikasjonssystem, og det at mottaker av tjenester er mer informert om hvilke krav og rettigheter de har med hensyn til offentlige tjenester. For det tredje er synet på mottaker av offentlige tjenester endret fra en passiv mottaker til en aktiv mottaker, som skal være med å påvirke tjenestene.

4. METODE

Det finnes mange metoder innenfor den kvalitative forskningstradisjonen. Det som er felles for disse metodene er anvendelse av verbale utsagn både når det gjelder tilnærmingen til forskningsfeltet og informantene, samt ved beskrivelse av materialet (Holter og Kalleberg 1996).

Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virksomhet (Dalen 2004:16).

I dette kapitlet vil jeg først sette undersøkelsen min i et vitenskapsteoretisk perspektiv. Deretter vil jeg presentere metodevalg i forhold til egen undersøkelse, for så å gå inn på forberedelse, utvalg, datainnsamling og analyse. Kvaliteten i undersøkelsen vil bli drøftet i lys av sentrale begreper som validitet og reliabilitet, samt etiske refleksjoner.

4.1 Vitenskapligteoretisk ståsted

Vitenskapsteori har sitt utgangspunkt i forskning og drøfter hva som er gyldig sannhet om ulike fenomener. Videre har vitenskapsteorien fokus på hvordan forskning skal foregå og hvilke spilleregler som er gjeldende for hva vi skal kalle forskning. Vitenskapelig virksomhet bygger på forskjellige oppfatninger om hva som er gyldig kunnskap.

”Vitenskap er systematisk og kontrollert utvikling av kunnskap om naturen, mennesket og samfunnet” Aadland (1997:48).

Innen vitenskap kan man sette et grovt skille mellom to hovedretninger. Disse to er positivisme og postmodernisme. Positivismen er knyttet til naturvitenskapen og har en tiltro til en absolutt og objektiv kunnskap (Aadland 1997).

”Postmodernisme er en nyere filosofisk retning som kan karakteriseres ved en kritikk av bestående vitenskap og relativisering av kunnskap. Fornuften har ikke lyktes å forstå verden.

Det er nærmest umulig å finne noen felles meninger med tilværelsen. Retningen retter oppmerksomheten mot forskjelligheten og den manglende sammenhengen i verden.”

(Bø og Helle 2007)

Dalen (2004) sier at postmodernismen danner et vitenskapsteoretisk fundament for den kvalitative forskningen, og legger stor vekt på forståelse og fortolkning (Dalen 2004). Befring (1998) skriver at et viktig premiss i postmodernismen er at sansing og fakta ikke gir absolutte og objektive uttrykk for fenomener, og at dette er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag. Han forteller det sentrale blir å fortolke et utsagn ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er synlig, og for å få tak på denne meningen må budskapet settes inn i en helhet (Befring 1998).

Jeg er av den personlige oppfatning av at forskeren alltid påvirker de resultatene han eller hun kommer frem til. *”Knowledge and truth are created, not discovered by mind”* (Denzin og Lincoln 1994:125). Jeg mener forskningen selv bygger en verden gjennom mine tolkninger av den, og min egen oppfatning av verden ikke kan elimineres. Guba og Lincoln konkluderer med at det som er ”sannhet”, er den konstruksjonen som finnes i hvert enkelt individs tankesett (Denzin og Lincoln 1994). For meg er det hensiktsmessig å foreta kvalitative intervjuer i forskningen, fremfor for eksempel en masseundersøkelse. Oppgaven min har ikke til hensikt å dokumentere virkningen av MST, men å få fram informantens opplevelse.

Gjennom mitt forskningsarbeid søker jeg mening og forståelse av informantenes syn på verden. Jeg ønsker å beskrive og analysere informantenes opplevelse, samarbeid og erfaringer som har ført til en dårlig generaliseringseffekt.

Målet for et forskningsintervju er å forsøke å forstå verden fra intervjupersonens side, og få fram betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale 2001). Den kvantitative metoden er primært basert på faktakunnskaper og presise resultater som kan måles og telles, og som er etterprøvbare, mens den kvalitative metoden er opptatt av møte mellom subjektet. Verden oppfattes forskjellig og vil derfor alltid beskrives, forklares eller fortolkes på forskjellige måter. Mitt vitenskapeligsteoretiske ståsted i oppgaven er:

”at det gis ingen praksis uten teori, og det finnes ingen teori uten praksis”

(Aadland 1997:57).

Dette er en pendling mellom tanke og handling. Det vil si at bak en reflektert handling er det en teori. Det bør nødvendigvis ikke være en bestemt teori, men det kan være av innflytelse av flere teorier og metoder som jeg har valgt i denne oppgaven. Et mål for meg har vært å oppnå innsikt i informantenes subjektive opplevelse. Ved å fortolke deres utsagn satt inn i kontekst, vil jeg forsøke å komme fram til en slik forståelse og mening. Av den grunn vil en kvalitativ metode være best egnet til å belyse og besvare min problemstilling.

4.2 Kvalitativt forskningsintervju som metode

Metode betyr veien til målet (Kvale 2001). Metodevalget må gjøres på bakgrunn av en undersøkelses formål og problemstilling. Mitt fokus er på enkeltindivider av foreldre, barnevernstjenesten og MST terapeuter. Det kvalitative intervju er en måte å finne ut hvordan andre føler og tenker om verden. På denne måten er kvalitative intervju både et akademisk og praktisk verktøy (Rubin og Rubert 1995).

De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalen 2004). Intervjuet fremstilles som en egen metode til å fremskaffe seg autentisk eller ekte kunnskap, der intervjuerens rolle er å avdekke det som befinner seg på overflaten. Kvale (2001) definerer det kvalitative intervjuet slik:

Et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene (Kvale 2001:21).

Kvale (2001) forteller at det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer kunnskap. Han skriver at intervjuet har som formål å tolke meningen med sentrale temaer i informantens livsverden, samt informantenes eget forhold til den (Kvale 2001).

4.3 I forkant av intervjuet

I begynnelsen av prosjektet sendte jeg inn prosjektplan til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), som er personvernombudet for forskning, ettersom jeg ønsket å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse basert på sensitive opplysninger (vedlegg 7; dokument fra NSD) Søknadsarbeidet var tidkrevende men lærerikt. Det var nyttig med hensyn til egen bevisstgjøring, og for å lage en struktur på oppgaven. Videre la jeg ved informasjonsskriv, (vedlegg 1), samtykkeerklæring (vedlegg 2) og intervjuguider (vedlegg 3, 4 og 5).

4.4 Intervjuguide

En intervjuguide inneholder viktige tema og spørsmål som til sammen skal dekke de mest sentrale områdene som undersøkelsen skal belyse (Dalen 2004). Han forteller at alle tema og spørsmål skal ha relevans i henhold til problemstilling. På bakgrunn av arbeid med problemstilling, forskningsspørsmål og aktuell litteratur, utarbeidet jeg aktuelle spørsmål jeg ønsket å få svar på. I oppgaven valgte jeg å benytte meg av et semistrukturert intervju. Det kjennetegnes ved at man på forhånd har satt opp hovedspørsmål, uten å strukturere i detalj spørsmålsformuleringer og rekkefølgen av spørsmålene.

Jeg var gjennom en prosess hvor jeg måtte forandre retning fra en eksplisitt ”case” studie til bruk av mer generelle spørsmål til barnevernstjenesten og MST. Begrunnelsen er at prosjektet var tidsbegrenset og tilnærmingen var etisk tvilsom. Barnevernstjenesten og MST har taushetsplikt som gjør det vanskelig å samtale om spesifikke familier. Av den grunn er spørsmål til barnevernstjenesten og MST basert på et generelt grunnlag, mens spørsmål til foreldrene går inn i spesifikke livshistorier.

4.5 Utvalg av informanter

Ved anvendelse av kvantitative metoder kreves det et relativt stort utvalg av respondenter, mens det i kvalitative metoder er begrenset til noen få respondenter. Jeg har foretatt 6 intervju.

I to av intervjuene var det to informanter tilstedet, og oppgaven baserer seg derfor på svar fra 8 informanter; 3 informanter fra barnevernstjenesten, 3 foreldre og 2 MST teamledere. En videre presentasjon av informantene vil bli presentert i kap.5; drøftelse av funn. Intervju av informanter fra barnevernstjenesten og MST ble utført på dagtid, mens foreldrene ble intervjuet på kveldstid og på steder som passet for dem. Hvert intervju varte i gjennomsnitt en time. Jeg har valgt å benytte meg av et kriteriebasert utvalg av informanter. Det innebærer å sette opp kriterier for grupper av informanter som på best mulig måte kan besvare problemstillingen (Dalen 2004).

Følgende kriterier ble satt opp til foreldreinformantene;

- Foreldre som har barn mellom 12-18 år.
- Familien har mottatt multisystemisk behandling.
- Behandlingen er avsluttet
- Behandlingen har hatt dårlig generaliseringseffekt etter avsluttet behandling.

Følgende kriterier ble satt opp til informanter fra barnevernstjenesten;

- Ansatt som saksbehandler i den kommunale barnevernstjenesten
- Erfaring fra MST saker
- Erfaring fra saker med dårlig generaliseringseffekt.

Følgende kriterier ble satt opp til MST teamleder;

- Lang erfaring innen MST
- Erfaring fra saker med dårlig generaliseringseffekt.

4.5.1 Kontakt med informanter

Etter valg av tema, tok jeg kontakt med en MST teamleder i et utvalgt fylke. Jeg forklarte min interesse for MST, og at jeg ønsket å gjøre en forskning på området. Neste steg i prosessen var å få kontakt med informanter fra to ulike kommunale barnevernstjenester som kunne stille til intervju, basert på overnevnte kriterier. Jeg kontaktet informantene per telefon og avtalte intervju kort tid senere.

Et videre ønske var at informantene fra barnevernstjenesten kunne ta kontakt med aktuelle foreldre på mine vegne. Dette viste seg imidlertid å være vanskeligere enn på forhånd antatt.

Aktuelle MST saker for min oppgave var i noen tilfeller blitt ”for gamle”, familien hadde flyttet eller familiene ønsket ikke å stille til intervju. To aktuelle familiene ble derfor rekruttert via MST teamleder, og jeg fikk deres navn og telefon nummer etter deres samtykke.

I telefonsamtalen beskrev jeg kort min interesse for MST og hvorfor jeg ønsket å intervju dem som foreldre. I samtalen informerte jeg også om at jeg ønsket å anvende lydopptak. Alle informantene samtykket. I løpet av samtalen ble det avtalt tid og sted for intervju.

4.6 Datainnsamling

Jeg vil beskrive intervjusituasjonen for å forklare datainnsamlingen. I en kvalitativ intervjuundersøkelse er intervjueren selve forskningsinstrumentet (Kvale 2001). Derfor vil jeg også belyse min rolle under intervjuene.

I en intervjusituasjon er det opp til intervjueren å skape en kontakt som gjør det mulig å komme lengre enn kun med høflighetsfraser. Intervjueren må derfor etablere en atmosfære der den intervjuede føler seg trygg nok til å snakke fritt om sine egne opplevelse og følelser (Kvale 2001). I intervjuundersøkelsen var jeg en del av det metodiske instrumentet og av den grunn hadde jeg anledning til å styre samtalen i relasjonen med informantene, eksempelvis gjennom mine personlige egenskaper og non verbale kommunikasjon. Det var også jeg som forsker som definerte, strukturerte og kontrollerte situasjonen. På den måten blir ikke samtalen mellom partene i utgangspunktet likeverdig, men det oppstår et asymmetrisk maktforhold (Kvale 2001). Relasjonen mellom forsker og informant kan være av betydning for resultatene, og det stilles derfor krav til den som intervjuer.

Under intervjuene tok jeg i bruk mine rådgivningsferdigheter slik som en empatisk holdning og aktiv lytting (Johannessen m.fl. 2001). Jeg forsøkte å gjøre situasjonen så trygg som mulig ved å invitere til åpen dialog i forkant av intervjuene. Der jeg stilte sensitive spørsmål ønsket jeg å legge stor vekt på å opprettholde tillit og pålitelighet, noe også Silverman (2006) vektlegger. I den empiriske datainnsamlingen har jeg benyttet meg av oppsøkende intervju (Befring 1998). Dette vil si at jeg har oppsøkt foreldrene i deres hjem, og ansatte i barnevernstjenesten og MST teamleder på deres arbeidsplass. Intervjuene foregikk i rolige

rom med kun meg og informant(e) til stede. Dette sikret meg en god kvalitet på lydopptakene. Jeg fikk god kontakt med samtlige av informantene.

4.6.1 Analyse av data

Jeg laget et kodesystem, slik at det var lett å skille spørsmål og svar. Det var to informanter tilstede samtidig under to av intervjuene. Ved hjelp av å lage et kodesystemet kunne jeg lett se hvem av informantene som hadde svart. Etter transkriberingen delte jeg intervjuene inn i temaer. Det viste seg imidlertid at jeg hadde fått mye ekstra informasjon som ikke var relevant for oppgaven, og jeg laget derfor et punkt som het diverse. Det er vanskelig å tolke riktig, få fram informantenes meninger på en riktig måte og få fram nyanser i språket som er med å framheve verbalspråket. Kroppsspråket og toneleiet er viktig fordi det understreker verbalspråkets betydning. Under transkriberingen prøvde jeg derfor å skrive litt om hvordan jeg oppfattet kroppsspråket, ved å nedskrive for eksempel; latter, smil, heving av stemmen og pause.

4.7 Kvalitet i forskningen

Kvalitativ forskning har fått mye kritikk angående metoder for datainnsamling samt dens gyldighet om sann vitenskap. Kritikken kan anvendes konstruktivt dersom forskeren er ekstra oppmerksom på de aspektene som kan svekke troverdigheten. Derfor vil jeg i dette kapitlet drøfte kvaliteten i egen undersøkelse, og i hvilke grad de kan anvendes for andre grupper eller situasjoner enn denne undersøkelsen tar utgangspunkt i (Dalen 2004). Jeg vil først ta for meg analyse av innsamlet data, deretter validitet og reliabilitet. Etikk vil komme til sist i kapitlet.

4.7.1 Validitet

Validitet kan defineres som:

”eit overordna spørsmål om vi har fått eit målresultat for det vi ønsker å måle, eller kor høg grad resultatet også inkluderer andre faktorer” (Befring 1998:136).

Validiteten sier noe om en undersøkelses gyldighet og om den gir uttrykk for å måle det som er ment å måle. Leseren skal kunne stole på at forskningsrapporten er nøyaktig, korrekt og

sann. Gjennom Maxwells (1992) begrepssystem; deskriptiv fortolkning, og teoretisk validitet, vil jeg drøfte validiteten i egen oppgave.

Maxwell (1992) betegner hvordan datamaterialet blir samlet inn og tilrettelagt for tolkning og analyse som deskriptiv validitet. Et ufullstendig datamateriale kan forekomme dersom utsagn i intervjuet ikke er korrekt, atferdsobservasjoner ikke er objektive, eller dersom utsagn og observasjoner faller bort. Den deskriptive validitet er avgjørende for videre forskningsarbeid, og er avhengig av at forskeren har korrekt informasjon (Maxwell 1992).

Kvale (2001) betegner deskriptiv validitet som håndverkskvalitet (Kvale 2001). Mine intervju ble tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart etterpå. Jeg hadde dermed intervjuene friskt i minnet. Lydopptak ble gjort via pc og hadde høy kvalitet. Dette bidro dermed til en korrekt gjengivelse av intervjuene. I transkripsjonsprosessen kan likevel betydningsfull informasjon gå tapt. Kvale (2001) legger vekt på at lydbånd gir en ufullstendig versjon av intervjuet ettersom det ikke inneholder visuelle aspekter ved situasjonen. Eksempler på dette kan være deltakerens ansiktsuttrykk, kroppsspråk og omgivelser (Kvale 2001). Selv om de visuelle aspektene kan være vanskelig å gjengi i intervjuskriftene har jeg likevel kunne gå tilbake til lydopptakene dersom noe har vært uklart.

Fortolkningsvaliditet handler om informantenes grad av sannhet i meningsinnholdets utsagn. Det vil si man er ute etter informantenes fortolkning av verden sett fra ut fra deres synsvinkel, og man er ute etter informantenes perspektiv på verden i et etisk perspektiv (Maxwell 1992). Informantenes utsagn kan være selvmotsigende eller uklare. Det kan også tenkes at informantene er usikre på egne følelser og synspunkter eller at de husker feil. Informantenes mening vil derfor aldri være direkte tilgjengelig, men blir konstruert av forskeren på grunnlag av informantens utsagn (Maxwell 1992). I intervjusituasjonen stilte jeg oppfølgingsspørsmål der jeg anså det som nødvendig. Dette gjorde jeg for å få informanten til å reflektere over situasjonen og komme med utfyllende beskrivelser, for å få en korrekt forståelse av informantens utsagn og oppklare eventuelle misforståelser (Johannessen m.fl. 2001). En persons utsagn kan tolkes på mange måter. Samtidig kan ulike spørsmål føre til ulike meninger i teksten. Fortolkningsvaliditet er av den grunn et konstant dilemma. Forarbeidet til undersøkelsen har derfor vært et viktig element.

En trussel ved tolkning av datamaterialet kan være å ikke ta hensyn til alternative forklaringer eller forståelser av fenomenen man studerer (Robson 2002). Teoretisk validitet handler om de begreper som forskeren bruker, gir en teoretisk forståelse av fenomenene som undersøkelsen omfatter. Validitet av denne typen krever at sammenhengen som blir avdekket og forklart, kan dokumenteres i datamaterialet (Dalen 2004).

4.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet vil si graden av pålitelighet i forskningen. Med dette menes at dersom undersøkelsen blir gjennomført på nytt, har de samme metodiske tilnærmingen og kriterier, vil man kunne komme fram til det samme resultatet. Dette er en stor utfordring i kvalitativ forskning, i motsetning til kvantitativ forskning som ofte benytter seg av standardiserte målingsmetoder (Robson 2002). Forskningsstudier bør ha høy reliabilitet for å unngå vilkårlig subjektivitet. En sterk fokusering på reliabilitet kan igjen motvirke kreativitet og variasjon (Kvale 2001). Kvalitative undersøkelser vil alltid ha en viss grad av subjektivitet, fordi forskeren er en del av forskningsinstrumentet og forforståelsen kan være med å påvirke tolkningen. Kvale peker på at ledende spørsmål ikke utelukkende er negativt. Dersom de anvendes som oppfølgingsspørsmål, kan de bidra til å styrke reliabiliteten ved å verifisere det informanten sier og dermed unngå feilaktig tolkninger (Kvale 2001). For å sikre pålitelighet i egen forskning, fikk jeg en annen forsker til å gå gjennom lydopptak og transkribering for å sikre at jeg hadde oppfattet riktig.

4.7.3 Generalisering

I kvalitativt design benytter forskeren seg ofte av små utvalg. Det har av den grunn blitt satt spørsmålsteget om hvorvidt funnene i intervjustudier er generaliserbare. Generalisering vil si i hvilken grad man kan overføre resultatene fra en spesifikk studie til andre studier, personer eller sammenhenger (Maxwell 1992). Maxwell (1992) skiller mellom det å generalisere innen gruppen og det å generalisere til andre grupper og mennesker. Disse to aspektene innen kvalitativ forskning kalles henholdsvis indre, og ytre generalisering (Maxwell 1992). Han påpeker at generalisering i kvalitativ forskning som regel foregår ved utvikling av teori som i tillegg til å være forklaringen på egen undersøkelse også viser hvordan den samme prosessen kan gi ulike resultater i andre situasjoner (Maxwell 1992). I kvalitativ forskning er

ikke målet og generalisere til en større populasjon (Dalen 2004). Av den grunn behøver ikke små utvalg å bli sett på som et metodisk problem. Spørsmålet er heller i hvilken grad funnene er analytisk generaliserbare. Dette vil si i hvilken grad funnene i undersøkelsen kan brukes som en rettleiding for hva som kommer til å skje i en annen liknende situasjon (Kvale 2001).

4.7.4 Ethiske overveielser

Etikk handler om normer for riktig og god oppførsel. Etikken skal gi oss veiledning om hvordan vi skal handle. I utgangspunktet er det ingen grunn til å skille forskningsetikken fra den kulturen som er gjeldende for vår kultur og er allmenn for god oppførsel ellers i samfunnet, og man kan oppleve at forskningsetikken kommer i konflikt med allmenne moralske vurderinger. Gjennom offentlig forskningsutvalg legges det stor vekt på å beskytte forsøkspersonene. Dette er knyttet til temavalg og problemstilling. Det er viktig å tenke på hvem som kan ha nytte av den nye kunnskapen og hvordan en skal skaffe til veie ny kunnskap. Det må gjøres avveininger om hvor viktig den nye kunnskapen er, opp mot hvilken belastning det kan medføre for de personene eller det feltet vi henter dataen fra. Grunnet for dagens tenkning om forskning og etikk bygger på Nürnbergkoden fra 1946. Denne er senere videreført av Helsinkideklarasjonen. Når det gjelder etikk knyttet til forsøk med mennesker, konkluderer Hovedkomiteen for norsk forskning (1981) at forskning må skje i overensstemmelse med de bestemte retningslinjer for hva som er akseptabelt i forsøk med mennesker. Dette gjelder hovedsakelig medisinske forsøk. Felles for retningslinjene er prinsippet om forsøkspersonens frivillige samtykke. Frivillig samtykke innebærer at forsøksperson har rett til å trekke seg underveis, og at de skal få opplysninger om denne retten på forhånd. I min forskningsoppgave ble dette synliggjort i informasjonsskrivet som jeg i forkant av intervjuet delte ut til mine informanter.

Videre skrev jeg hvordan jeg ville anonymisere opplysningene og min taushetsplikt i arbeidet. Jeg har også benyttet meg av fiktive navn av samtlige informanter. All informasjon som relaterer til personlige kjennetegn slik som yrke og bostedskommune er utelatt. Anonymisering er viktig med hensyn til å beskytte informanten. Taushetsplikten gjelder både før innsamlet materiale og resultat, enten det formidles skriftlig eller muntlig. Det foreligger taushetsplikt i forhold til personregisterloven der det står skrevet følgende:

”§13 e. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid i forbindelse med en forskningsoppgave, plikter å hindre at andre får adgang til eller kunnskap til opplysninger undergitt taushetsplikt” (Dalland 2000:222).

Jeg har i oppgaven fulgt de etiske retningslinjene som foreligger i enhver forskning, og som er gjengitt i flere teoretiske bidrag (Kvale 2001 og Robson 2002).

5. DRØFTELSE AV FUNN

En drøftelse av de funn som kom frem i undersøkelsen presenteres i dette kapittelet. Det vil først bli gitt en oppsummering av disse, som et utdrag av drøftelsen nedenfor. Følgende kom frem av undersøkelsen, som har relevans for kjennetegn ved saker med dårlig generaliseringseffekt:

- For lite ressurser til oppfølging hos barnevernstjenesten.
- Avvik mellom forventningene MST og barnevernstjenesten har til oppfølgingen.
- At barnevernstjenesten ikke følger sakene godt nok underveis, og dermed ikke vet hvilke spesielle behov for oppfølging som er i den enkelte sak.
- At barnevernstjenesten ikke holder sine forpliktelser og lovnader om oppfølging.
- For dårlig organisering av de offentlige tjenestene, og for dårlig samarbeid og kommunikasjon dem i mellom.
- For liten vilje fra skolen til å bidra og til å yte ekstra i spesielle tilfeller.
- Skolen tar ikke foreldrene alvorlig hvis ikke en person fra MST eller andre offentlige personer er til stede, og samarbeidet med skolen forringes.
- Skolen er ikke villig til å ta i mot råd og hjelp fra MST team eller andre offentlige fagmiljøer.
- Skolen gir ikke nødvendig informasjon til foreldrene, MST eller andre om ungdommens atferd på skolen.
- Skolen ekskluderer den atferdsvanskelige ungdommen i undervisningen gjennom plassering i spesial grupper etc.
- Skolen ekskluderer foreldrene fra prosessen i de tilfellene der skolen treffer tiltak for å møte utfordringene den atferdsvanskelige ungdommen genererer.
- Skolen har for lite ressurser til å handskes med ekstra arbeidet som oppstår når en atferdsvanskelig ungdom går på skolen.
- Skolen opplever samarbeid med MST som belastende og er ofte demotiverte for å bidra i behandlingen.
- Skolen har ikke tilstrekkelig kompetanse til å møte utfordringene, til å bidra i samarbeidet og til å selv treffe de riktige tiltakene.
- MST klarer ikke alltid å få utført tilstrekkelig kartlegging av den aktuelle skole i forbindelse med MST behandlingen.

- For dårlig nettverk hos foreldrene fører til for liten avlastning, og foreldrene går tom for kreftene som er nødvendig for å møte ungdommens og familiens behov.
- At MST team avslutter sakene for raskt, og at den plattformen som behandlingen gir familien for å klare seg selv ikke er sterk nok.

Funnene ovenfor vil nå bli drøftet mer utfyllende i gjenstående del av dette kapittelet. I tillegg til de funn som kom frem under intervjuprosessen, blir også deler av teorien flettet inn i drøftingen der det er relevant. Det hele baserer seg på informantenes oppfatninger og perspektiver, og min egen tolkning av dette. Det falt seg derfor naturlig å kombinere funn og drøfting i samme kapittel.

Funn i oppgaven er basert på svar fra åtte intervjupersoner som har deltatt i mine seks intervju. De som ble intervjuet var mor og far til en ungdom med adferdsvansker (heretter kalt Frank), to personer fra barnevernstjenesten i kommune A, mor til den andre ungdommen med adferdsvansker (heretter kalt Kenneth), en saksbehandler i barnevernstjenesten fra kommune B og to ulike MST teamledere. Intervju personene kommer fra ulike kommuner, og er ikke relatert til hverandre. I forbindelse med intervju av ansatte i barnevernet og MST, er samtalen basert på et generelt grunnlag, og det er ikke innhentet opplysninger om tredjeperson.

Funnene presenteres ved bruk av sitat og gjenfortellinger. For å sikre konfidensialitet brukes fiktive navn. I tillegg velger jeg å betegne enkelte av informantene med bokstaver og tall. I intervju med barnevernstjenesten fra kommune A var det som nevnt to informanter tilstedet. Disse vil bli betegnet som informant A1 og A2. I intervju med barnevernstjenesten i kommune B var det kun en informant tilstedet, og personen vil bli betegnet som informant B. MST teamlederne blir kalt Ruth og Bjørn. Jeg vil også betegne informantene med foreldrene, barnevernstjenesten eller barnevernet, og teamlederne der det er hensiktsmessig.

5.1 En kort presentasjon av familiene.

5.1.1 Frank

I denne familien har jeg intervjuet mor til Frank. Hun har fire barn, hvor Frank er nest eldst. Fram til for fire måneder siden har Frank bodd sammen med sin mor og stefar, en eldre bror og to yngre søsken. Mor har Frank og hans eldre bror fra et tidligere forhold. Frank sin kontakt med biologisk far kommer ikke fram under intervjuet. Frank var tretten år gammel da MST behandlingen startet. Det er nå gått fire måneder siden MST behandlingen ble avsluttet. Behandlingstilbudet som ble gitt til Frank og hans familie foregikk over to perioder. Graden av måloppnåelse (jfr. kap.1) var i Frank sitt tilfelle for dårlig, og det ble derfor et utvidet behov som førte til re -inntak. Det kan også skyldes at det dukker opp andre faktorer som ble oversett i behandlingen, eller faktorer som har kommet i tillegg og som ikke MST har fått jobbet med. Kriteriet for re - inntak er at fagteam sammen med teamleder er enig i at de har noe mer å tilby familien, og at de kan gjøre noe annerledes som øker generaliseringseffekten. Til tross for re - inntak, fikk saken en *dårlig generaliseringseffekt* og førte til at Frank i dag bor Frank hos en ungdomsfamilie. Der trives han godt, men på sikt er det meningen at Frank skal komme hjem og fungere godt hos sin egen familie.

5.1.2 Kenneth

I Kenneth sin familie, har jeg intervjuet både mor og stefar til Kenneth. Dette falt seg naturlig da de begge var hjemme under besøket.. MST behandlingen ble i denne saken avsluttet med en god måloppnåelse og hvor foreldrene for en liten periode klarte å håndtere utfordringene selv etter MST trakk seg ut av behandlingen. Til tross for dette opplevde man i denne saken en *uakseptabel generaliseringseffekt* og som førte til at Kenneth måtte flytte hjemmefra. Kenneth er nummer tre i en søskenflokk på fire. Fram til Kenneth flyttet ut for to måneder siden, har han bodd sammen med sin mor og far og lillesøster. Han er også oppvokst sammen med to eldre søsken som i dag er over atten år og har flyttet ut. Mor har Kenneth fra et tidligere forhold, og far har de to eldste fra et tidligere forhold. Minste jenta har de fått sammen. Kenneth var to år gammel da han ble kjent med sin nye pappa. Han har ingen kontakt med sin biologiske far. Kenneth var fjorten år da han begynte med MST. Behandlingen varte i overkant av seks måneder. Det siste året har han også fått diagnosen ADHD. I dag bor Kenneth hos en beredskapsfamilie i en ny kommune. En beredskapsfamilie

er en familie som skal ta den akutte fasen for et barn før man kan gå videre med nye tiltak. Eksempel på nye tiltak kan være å finne en ungdomsfamilie, fosterfamilie eller eventuelt en institusjon, som skal klare å dekke barnets behov. Som regel tar det tid for å finne et slikt tiltak, og derfor må Kenneth inn i et mellomtiltak som er en beredskapsfamilie.

Kenneth går på spesial skole tre dager i uka. De andre to dagene jobber han sammen med en vaktmester. Om kort tid skal Kenneth flyttes videre til en ny kommune, hvor han skal bo sammen med en ungdomsfamilie som er mer en varig familie. Plasseringens varighet vil hele tiden evalueres, men ungdomsfamilien er et mer langtidsperspektiv. Foreldrene til Kenneth ønsker at han fullfører ungdomsskolen, og viser bedre atferd før han flytter hjem igjen.

5.2 Årsaker som ligger til grunn for en MST behandling.

Ruth (MST teamleder) forteller at det er barnevernstjenesten via fagteam som henviser saker til MST. Dette kan være basert på forskjellige ting, men det er både inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som avgjør om MST skal velge å behandle saken. Inklusjonskriteriene er det må være ungdom mellom 12 og 18 år. Unntaksvis har de også behandlet ungdom ned i 10-11 års alder. Andre inntakskriterier er det må være ungdom som bor hjemme hos sine foreldre eller en annen voksen. Det kan for eksempel være hos bestemor eller far, onkel, tante eller hos fosterforeldre. Videre forteller Ruth at det må være alvorlige atferdsvansker som ligger til grunn for en MST behandling. Atferden må oppleves som svært voldsomt både i hjemmet og på andre arenaer. Dersom ungdommen går på skolen og ingen andre enn foreldrene definerer det til alvorlige atferdsvansker, holder ikke det for et inntak forklarer Ruth. Det skal være den vanskeligste, tøffeste og mest alvorlige gruppa av saker som kommer til MST, og det skal også helst være registrert kriminalitet.

Ruth forteller at det også eksisterer eksklusjonskriterier for et inntak. Ungdommen kan ikke bo alene, eller ha enkelte diagnostiserte lidelser som for eksempel autisme. Det kan heller ikke være ungdom som medisinerer seg selv. MST skal heller ikke jobbe med ungdom som har begått vedvarende seksuelle overgrep, eller ungdom i en akutt krise. Med dette mener Ruth ungdom som enten er suicidale eller de kan stå til fare for å ta liv av andre. Ruth forklarer at i slike tilfeller må MST ha krise stabiliserende tiltak før de kan gå inn å hjelpe ungdommen.

Videre sier Ruth at en MST behandling skal være basert på to informerte samtykker. Barnevernstjenesten må mene dette er et riktig tiltak, og familien må få skikkelig informasjon om MST og samtykke til behandling. Ruth presiserer at foreldrene så langt de kan, må vite hva de sier ja til. Hun legger også til at dersom barnet er over femten år, må det signere et samtykke. Ruth kan fortelle det har kommet en lovendring som åpner for en mer forenklet behandling. Det gjør det mulig for et familiebasert tiltak og kunne settes i verk mot ungdommens vilje i inntil seks måneder. Dette er nettopp for at MST skal kunne gå inn, forklarer hun. Hun sier veldig mange av ungdommene hun arbeider med er i motstand og de ønsker å unndra seg voksen kontroll. Dersom MST får alt dette på plass, og ser at det er en ungdom for dem, går de i gang med en umiddelbar kartlegging i løpet av 24 timer dersom de har kapasitet.

Klefbeck og Ogden (2003) påpeker at MST utredningen blant annet omfatter interaksjonen på tvers av familiesystemet. De forklarer at fokus kan være hvordan familien oppdrar og tar seg av barna, forhold som er knyttet til samliv eller ekteskap, eller kjennetegn ved foreldrene og hvordan den sosiale økologien påvirker omsorgsoppgavene. Ruth (MST teamleder) forteller at det etter kartleggingen kommer en behandlingstid som er ment til å vare mellom 3-5 måneder.

Tidlig i intervjuet stilte jeg spørsmål til familiene om hva årsaken var til behov for hjelp. På forhånd visste jeg begge familiene hadde barn med atferdsproblemer. Eksempler på slik atferd er beskrevet av Kazadin (1995) til for eksempel å være ulydighet, skulking, stikke av, bruk av rusmidler, tenne på noe, vandalisme og vold mot andre. Ogden (2004) kan i tillegg fortelle om følgende karakteristiske trekk for ungdom med atferdsproblemer; de har venner med uheldig innflytelse, problemer på skolen, skulker, ruser seg og er ofte aggressive. Mor til Frank forteller:

”Årsakene var jo egentlig det at vi ikke håndterte oppdragelse og barna i det hele tatt. Det var også mye motstand utenfra og fra andre familiemedlemmer. Barna overholdt ingenting i det hele tatt. Mannen min er ikke far til de to eldste.. og da ble det også, at han ikke fikk lov til å være pappaen deres som var motstanden utenfra”.

Foreldrene til Kenneth forteller hvordan de opplevde sønnens vanskelige atferd:

”Det var problemer med konsentrasjon, aggressivitet og det var regelverk. Det var utagering mest verbalt som munnbruk. Det var mye, det var altfor mye. Han har noen enorme humørsvingninger. Han kan være veldig blid og fornøyd, så kan det gå ti minutter så er han skikkelig sinna. Så det går veldig opp og ned. Vi visste aldri hvordan han var når vi stod opp. Og vi visste aldri hvordan han var når vi kom hjem fra jobb. Du gikk liksom på en bombe. Så begynte vi å få telefoner hjem fra folk som sa at nå måtte vi gjøre sånn og sånn... Så begynner vi å lure på om det er oss det er noe galt med, eller er det guttungen, eller om det bare er naboene som interesserer seg. Det har blitt bedre, men han sliter nok veldig enda. Han skyver mennesker i fra seg, de han er glad i”.

Bjørn (MST teamleder) forteller at MST behandling hjelper foreldrene å løse problemer i forhold til vold, rus og kriminalitet. Han sier at det i mange tilfeller handler om vanskelig atferd på skolen, ungdommer som ikke forholder seg til grensene hjemme og foreldre som ikke vet hvordan de skal grensesette. Han ser ofte at foreldrene ikke har oversikt over hvor ungene deres er, og hvem er deres er sammen med. I tillegg sier han at ungdom kan være flinke til å manipulere foreldrene sine.

Under oppveksten kan tendenser av antisosial atferd være normalt (Henggeler mfl. 2000). De fleste foreldre har sikkert opplevd barn som er ulydige og som lyver. Men når situasjonen kommer ut av kontroll, slik som i tilfellene med Kenneth og Frank, var det viktig å sette inn tiltak for å bedre situasjonen for hele familien.

5.3 Hvordan familien opplever nytten av MST.

MST tar sikte på å endre den unges og familiens økologi, slik at det fremmer positiv tilpasning og reduserer emosjonelle atferdsmessige vansker. I henhold til prinsipp nr 9, refereres til kapittel 2, forventes det ikke at alle problemer skal være løst etter avsluttet MST behandling, men at familien har tilegnet seg en bedre problemløsningskompetanse (Henggeler m.fl. 2000). Jeg forstår det slik at familien skal forberedes på å løse fremtidige problemer på en bedre måte enn tidligere.

Når det gjelder hvilken betydning MST har hatt for de to familiene, framgår det av samtlige informanter en opplevelse av at tiltaket hadde positiv betydning.

Mor til Frank forteller:

”Vi var helt desperate før vi traff MST. Da var vi bare en kasteball fra barnevernet, til familiekontoret. Så kom vi inn i MST der du får sånn og sånn skal dere gjør, og sånn og sånn skal det ikke være. Der en får ærlige tilbakemeldinger og bare du kan si hva du vil. Det var bare helt fantastisk. Terapeuten kom også hjem til oss på kveldstid. Det var en fordel fordi jeg ofte jobbet til sent på ettermiddagen”.

Når ungdom skal observeres og utredes bør dette i følge Bronfenbrenner (1979) skje i ungdommens eget miljø for å være økologisk valid. Det vil si sosialt relevant og tilpasset familiens og ungdommens virkelighet. Mor forteller her at MST terapeutene kom hjem til familien på tidspunkt som passet foreldrene best.

Mor til Frank fortalte videre at det var av stor betydning for dem å bli med i et system som ivaretok hele familien, og i tillegg også inkluderte sønnens nærmiljø. Dette står i samsvar med Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi, som vektlegger betydningen av at det er et gjensidige samspillet mellom de ulike miljøene.

Videre forteller mor til Frank at MST innebærer at man skal lære seg et helt nytt verktøy. Hun og hennes mann opplevde at det var mange lekser i starten. De valgte løsningen med å skrive en familiekontrakt. Et eksempel var innetider, og dersom sønnen kom et minutt over avtalt tid, måtte de skrive minus i skjemaet til familiekontrakten. Da nyttet det ikke for mor å se gjennom fingrene og tenke; ”det var jo bare et minutt”. Mor til Frank lærte å opptre konsekvent fra første stund, og for henne var dette en vanskelig overgang. Mor forteller at Frank hele tiden ble informert om alt som skulle skje, og de fikk veldig mange tips fra MST terapeutene om hva som kunne gjøres annerledes. Dette er også i tråd med både Bronfenbrenner (1979) og Antonovsky (2000) som på hver sin måte understreker hvor viktig det er med samarbeid, samspill og at ting står i forhold til hverandre.

Mor beskriver hun opplevde haken med MST den dagen de gikk ut og var ferdig med behandlingen, og foreldrene ikke hadde lov å ta videre kontakt med MST terapeutene. Mor forteller det opplevdes veldig tøft.

Mor til Kenneth forteller om MST behandlingen:

”Det var veldig bra selv om det er veldig intenst når de var her. Det var cirka en til to møter i uka. Men det var trygt, og vi kunne prate når det var noe. Vi kunne ringe hele døgnet og du kunne spørre de om hva som helst. Visste de ikke svaret, så fant de svaret”.

Far til Kenneth forteller videre:

”Ja, mye av det fungerte, så det var en positiv erfaring for oss.

I forhold til det å være tydelig, å skrive ned, å det å være konsekvent så var det veldig lærerikt. Det har vært veldig lærerikt for oss som skal behandle. Det er ikke bare han som skal forandre seg, det er oss også. MST har egentlig lært oss veldig mye. Vi ser på tingene annerledes nå, enn det vi gjorde før”.

Når det gjelder negative opplevelse med MST forteller både mor til Frank og mor til Kenneth om det vanskelige med å bytte terapeut og forholde seg til en ny person.

Mor til Frank forteller at terapeuten som kom hjem til dem, ønsket å vite alt som var bortsett fra intime detaljer mellom henne og mannen. For å kunne åpne seg, var det for mor til Frank en forutsetning at hun også hadde kjennskap til terapeuten. Hun forteller at de fikk et veldig godt samarbeid og forhold. Av ulike årsaker ble det nødvendig for begge familiene å bytte terapeut i løpet av behandlingen.

Et område som ble kritisert av foreldrene til Kenneth, var i forhold til når de skulle belønne sønnen for god atferd. Far til Kenneth forteller det her ble ”litt for mye av det gode”, og ønsket de materielle belønningsformene ikke hadde fått så stor plass:

”Han gikk med på belønningene, men etter hvert så gjennomskuet han også det. De belønningene var litt for voldsomme. Det var ofte snakk om økonomisk vinning, og da ble det litt feil for ham. For da han fant ut at han ikke trengte pengene så dreit han i alt av regler. Men da han trengte penger, da var han som et lam. Så det med pengene synes vi var et litt feil tiltak. Det var en del av det, eller dyre ting. Så det var kanskje minus med det da. Hvis han hadde vært hos svigers eller hos mor, så fikk han litt ekstra penger der, og da dreit han i regler og da ble det feil. Han gjennomskuet det ganske kjapt”.

Jeg opplever to familier som er fornøyd med MST samarbeidet. Under samtalen får jeg forståelse av de har fått verktøy fra MST som de opplever som sine egne, og som de kjenner seg igjen i. Jeg har sett det er stor forskjell på de to familiene i hva de har tro på, og hvordan dette påvirker ungdommene. For familien til Frank var det for eksempel riktig å bruke familiekontrakten for å belønne og gi konsekvenser. Familiekontrakten ble et viktig verktøy i det å være tydelig rundt rammene, slik at Frank kunne gjøre mer av det positive.

For familien til Kenneth var familiekontrakten mer et skjema og hvor det føltes veldig unaturlig og formelt å bruke. For dem var det kanskje mer naturlig å si; ” I dag skal vi gå en tur på kino, siden du har vært så snill”, i stedet for å belønne med penger eller materielle ting. Jeg oppfatter familiene er veldig fornøyd med et tiltak som er aksjonsorientert, og hvor det skjer noe når MST kommer inn. Jeg tolker foreldrene som fornøyd med å få konkrete verktøy, og ideer på hva som kan være lurt og ikke lurt å gjøre. For at verktøyet skal oppleves som nyttig må man ha en viss forståelse for hvordan man skal anvende det. Antonovsky (2000) sier det er viktig at foreldrene opplever det å forstå, at de opplever at de kan håndtere og at de opplever sammenhenger i forhold til de oppgavene de skal gjøre. I begynnelsen av en læringsprosess må det gis mye støtte, og metoden (redskapet) må være entydig og lett å bruke. MST legger stor vekt på foreldrene selv skal være delaktige og få praktisert sine kunnskaper med oppdragelse av barna hver dag. Likeså er det viktig at foreldrene får støtte, veiledning og assistanse fra fagpersoner i opplærings situasjonen. Etter hvert som foreldrene tilegner seg mer kunnskap og gjør seg erfaringer, vil de i mye større grad kunne gjøre sine egne valg. Behovet for støtte og hjelp vil variere ut fra foreldrenes egen kompetanse og ut fra barnets individuelle behov.

5.4 Opplevelse av hvordan skolen tar vare på den atferdsvanskelige ungdommen.

I dette avsnittet ønsker jeg å få fram hvordan samtlige informanter opplever at skolen tar vare på den atferdsvanskelige ungdommen.

I MST sine syv punkter om hva som er viktigst i arbeidet for å oppnå en vellykket generaliseringseffekt står det skrevet i punkt nummer fire:

”Bedre ungdommens prestasjoner i skolen eller arbeidslivet” (Klefbeck og Ogden 2003). Slik jeg oppfatter det, kan derfor skolen i stor grad være med å påvirke til en dårlig

generaliseringseffekt for den atferdsvanskelige eleven dersom dårlig trivsel og dårlige prestasjoner vedvarer.

Bjørn (MST teamleder) forteller han opplever at skolene ofte gjør så godt de kan. Han forstår at i en klasse med tretti elever vil en elev med atferdsvansker kreve mye plass, og det er lett for læreren å bli oppgitt. Han ser det kan være vanskelig for skolen å bruke ekstra mye tid, ressurser og krefter i en periode, for å snu denne ene ungdommen. Selv erfarer han skolen som en vanskelig organisasjon å samarbeide med, fordi det er mange hensyn som må tas. Bjørn sier MST tar kontakt med skoler i saker hvor det under kartleggingen blir avdekket skoleproblematikk. Han forteller at dersom de får til et godt samarbeid med skolen, vil de oppnå en stor suksess, og resultere i en fornøyd skole med fornøyd ungdom og foreldre.

Ruth (MST teamleder) opplever enkelte skoler som svært flinke på elever med atferdsvansker, spesielt hvor lærerne har hatt kurs om atferdsproblematikk. I andre skoler, spesielt hvor det er store klasser og flere barn med atferdsproblemer, opplever hun store utfordringer. Hun forklarer at flere atferdsvanskelige ungdom i samme klasse er vanskelig å håndtere ettersom de påvirker hverandre. Ruth forteller at hun har møtt enkeltlærere som er helt fantastiske, og som har gått inn i den tøffe oppgaven med den atferdsvanskelige eleven med oppbrettede armer, og samtidig gitt en enorm støtte og bistand til foreldrene. Men hun har også opplevd skoler som driver med ekskludering av normal klasse, hvor den atferdsvanskelige eleven har en tendens til å havne inn i en spesial gruppe. Dette vil ikke nødvendigvis alltid vil være negativt, men dersom eleven forblir i denne spesial gruppen vil han miste en viktig læringsarena sammen med positiv ungdom. Ruth forteller videre at de som jobber med MST er veldig motstander av spesial grupper over lengre perioder. Dersom den atferdsvanskelige eleven er borte for en periode for så å komme tilbake igjen, mener hun skolen i en mellomfase kan gjøre en god jobb. Hun forteller at elever som får spesialtiltak ofte blir vanskelig å få ut derifra igjen. Samtidig kan Ruth forstå læreren som endelig har fått ro i klassen, men mener eleven vil få et problem når han skal begynne i den videregående skolen.

Hun tar selvkritikk og forteller samarbeidet mellom MST og skolen kanskje kan bli enda bedre dersom MST terapeutene blir flinkere til å prioritere en grundig kartlegging av enkeltskoler. Hun forteller at skoler, akkurat som familier, er veldig forskjellige. I noen tilfeller mener hun MST terapeutene går litt for generelt inn, og ikke er flinke nok til å finne ressursene og utfordringene til den enkelte skolen. Hun tror konsekvensen av en dårlig kartlegging av skolens ressurser, om hva som fungerer bra og dårlig for den enkelte skole, lett

fører til at MST blir et belastende tiltak. Ruth avslutter temaet ved å fortelle at MST terapeutene utvilsomt har en jobb å gjøre når det gjelder skoler, og at dette er en målsetting for MST i løpet av året.

Mor til Frank forteller her om opplevelse fra skolen:

”De har tilrettelagt noe for han på skolen. Men jeg synes ikke det er den rette tilrettelegging. Fram til nå har han fulgt det samme pensum som de andre i klassen. Det har jeg sagt at jeg ikke går med på. Vi må begynne med å finne ut om det er på 5 eller 6 klasse nivå han faglig sett ligger på. Han kommer aldri til å trives på skolen hvis han skal ha det samme pensum som de andre. Jeg synes det er viktig å gi han noen gjennombrudd på skolen. Min sønn har begynt med noe som heter læring i bil, altså de kjører bil og hører på lydbok. Da har det vært en lærer med han hele tiden. En dag fikk jeg melding fra han, og jeg spurte om han kunne sende meldinger til meg mens han satt på skolen. Da ringte han meg opp igjen og sa at det kunne han, for han satt hos frisøren sammen med Uno, han læreren. Ja, det er mange sånne rare ting som vi oppdager. En dag var han hele dagen med vaktmesteren også.”

Informant A1 forteller om erfaringer fra samarbeidet mellom skolen, foreldrene og barnevernstjenesten:

”Skolen melder ikke fra til foreldre engang, hvis det er en liten skulk, en dag, det skal være en del skulk før de melder ifra, og før de melder ifra til oss så skal det være ganske mye. Men samtidig er det noen skoler som er flinke til å melde fra til familien. Det vil være helt individuelt, og hvor mye informasjon de har fått i forholdt til MST behandlingen. Men de melder ikke til oss, men til foreldrene. Det handler egentlig om godt foreldresamarbeid”

Nordahl m.fl. (2005) skriver at normalen for foreldrekontakt mellom skolen og foreldre er tildelt cirka en halv time samtale per semester. De skriver at dersom atferdsproblematikken er kompleks, forutsetter det et godt samarbeid som må bli mye tettere. Videre står det skrevet at et tett foreldresamarbeid vil kunne gi en større oppdatering om ungdommens utvikling.

Mor til Frank forteller meg at de både har positive og negative erfaringer fra samarbeidet med skolen. Hun sier de på mange områder har opplevd en god dialog og reell medvirkning, og hvor de har kommet til enighet med lærerne om ulike forhold som er tilknyttet opplæringen.

Hun forteller:

”MST var med og hjalp oss. De var veldig til å støtte på skolen og si at nå må alle ta seg sammen og nå må vi starte med blanke ark. Og begge skolene, både ungdomsskolen og barneskolen gjorde det. Men vi opplevde at når MST talte så var alt greit, men med engang MST gikk ut, og vi skulle stå for snakkingen, så var de litt sånn akkurat som vi har noe å si. Det følte vi mange ganger. Det må liksom det offentlige til for å snakke, for at skolene skal høre. Det synes jeg er hårreisende. Vi hadde veldig god dialog med skolen, men det var litt sånn at de aldri hørte på når jeg gikk ned alene. Og de var tafatte med engang MST gikk ut. Da ante de plutselig ikke hva de skulle gjøre”.

Foreldrene til Kenneth har bare negative erfaringer med skolen. De har hatt dårlige relasjoner til samtlige lærerne på grunn av sønnens atferd i klasserommet, og opplever ikke å bli hørt. De opplever skolen at har sviktet dem, og at den er årsak til dagens fortvilede situasjon. Mor til Kenneth forteller:

”På ungdomsskolen klarte de han ikke. Skolemessig begynte det vel i 2 klasse. Det var ingenting de kunne hjelpe med. De hadde ingen lærere som klarte å takle det rett og slett. Nå får han ikke lov å gå på skolen, han er ikke velkommen der. Så nå går han på institusjonsskole i en annen kommune tre dager i uka, så jobber han sammen med en vaktmester to dager i uka. Alt på grunn av at skolen ikke vil ta imot han her”

Far til Kenneth forteller:

”Jeg vil gjerne at han skal komme hjem igjen. Vi skulle prøve MST før flytting, men MST fikk heller ikke samarbeide med skolen. MST ville veldig gjerne veilede på skolen, men skolen ville ikke. De sa nei gang på gang, og var ikke samarbeidsvillige. Det er ikke rart at min sønn er utagerende og sint på skolen, for MST har prøvd altså, de har virkelig prøvd og stått på der.”

Foreldrene til Kenneth er oppgitt over skolen. De opplever skolen ikke var motivert for å hjelpe dem, eller til å ta i mot veiledning fra andre instanser.

Foreldrene jeg snakket med er sterkt engasjert i barna sine. De vet barna ikke har det bra på skolen. Eksempelet over viser det er vanskelig for en mor å stå fram alene og ”kjempe mot

skolen". Mor til Frank opplever det er lettere å bli hørt når noen fagpersoner er involvert. Samtidig tror jeg noen foreldre velger å ikke si deres mening på grunn av engstelse for kritikk til skolen vil gå ut over barna deres. Foreldrene jeg har intervjuet har fokusert på praktiske ordninger og dataene viser at de er mindre opptatt av teori enn metoder. I tillegg til å være opptatt av ressurser er foreldrene opptatt av samarbeid og flyt av informasjon mellom fagpersoner på de ulike arenaene og systemene. Dette er også i tråd med Bronfenbrenners (1979) teori om at systemene er dynamiske. Det vil si at skjer det forandringer i ett element bør det virke inn på samspillet og miljøet i resten av systemet. Det må være tydelige forbindelseslinjer mellom systemene, slik at ungdommens og foreldrenes interesser blir ivaretatt på alle systemnivåer. Foreldrene jeg intervjuet påpeker at det ofte får store konsekvenser for barnet deres, når en brikke i systemet rundt barnet mangler, og at dette medfører til store bekymringer hos foreldrene. Svar jeg har fått viser at foreldrene strekker seg veldig langt for å få til et godt samarbeid med de ulike systemene som familien og barnet har kontakt med. Når systemet ikke fungerer tar foreldrene på seg et stort ansvar for å få det til å fungere. De påtar seg mange ganger et ansvar som bør være fagpersonenes ansvarsområde. Foreldrene mener det er viktig at MST informerer skolen og barnevernstjenesten om MST behandlingen.

Bronfenbrenners (1979) teori er ikke alltid lett å praktisere da dagens samfunnssystem fortsatt er preget av segregering både mellom etater og faggrupper. Samarbeid krever tid og innenfor helsevesenet, omsorgstjenesten og de pedagogiske arenaene er det knapphet på økonomiske ressurser og det er krav til effektivisering. I samfunnet er det også et skille mellom makt og kunnskap, og der kunnskapen praktiseres (praksis fellesskapet). Det er av den grunn viktig å få etablert noen direkte kontakter mellom de ulike systemene. For MST er det et viktig mål å få overført kunnskap til andre systemer som for eksempel skolen.

Juul (2003) forteller at alvorlig utagerende atferd ofte tiltrekker seg negativ oppmerksomhet fra omverden. Hun skriver at lærerne må gi anerkjennelse til ungdommen for hvem de er, og ikke den atferden de viser. I følge Sørлие (2000) vil elever med alvorlige atferdsproblemer ha størst mulighet til å stanse negativ utvikling så lenge de er inkludert i skolen og lokalmiljøet gjennom aktive støttetiltak. Hun mener en inklusjon i skolen og nærmiljø er viktig faktor som kan bidra til å hjelpe ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. På bakgrunn av Sørлие (2000) sitt utsagn, finner jeg det merkelig at skolen i så stor grad velger å segregere elever med alvorlige atferdsproblemer i egne tiltak, slik Ruth (MST teamleder) også beskriver. Ut i fra det Ogden (2003) forteller, trives elever med alvorlige atferdsproblemer bedre i alternative

skoletiltak enn i den ordinære skolen da de foretrekker mindre teori og mer praktisk arbeid. Jeg stiller meg kritisk til tiltaket ettersom det kan virke forlokkende for andre svake elever, og føre til at de velger strategier for utagerende atferd for å få en inngang til det alternative tiltaket. I så fall tror jeg slike tiltak kan være med på å rekruttere elever med alvorlige atferdsproblemer.

Ogden (2003) skriver at å fjerne elever fra miljøet ikke nødvendigvis løser problemet og at atferden samtidig kan forverres.

Jeg forstår Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi på den måten at skolen må se på seg selv som en større del av ungdommens sosiale system. I mange tilfeller tror jeg ungdommen tilbringer mer tid sammen med lærere og medelever enn med sine foreldre. Dersom ungdommen har en utagerende atferd i skolen, tror jeg skolen må gå inn og få en mer systematisk forståelse av elevens atferd, og se atferden i sammenheng med flere faktorer. På den måten tror jeg skolen vil få en forståelse av hvordan elevenes handlinger foregår i en interaksjon med omgivelsene.

Svar fra foreldrene viser at de har dårlige erfaringer fra samarbeidet med skolen. Samtlige informanter fra barnevernet og MST er enig om at et tettere samarbeid med skolen er med på å skape bedre relasjoner, og er med å forhindre en dårlig generaliseringseffekt av enkelte MST saker. Jeg tror den dårlige relasjonen mellom lærer og ungdom er en nøkkel faktor i forhold til en vedvarende uønsket atferd i skolen, og at dette kan føre til en dårlig generaliseringseffekt etter MST har trukket seg ut. Slik jeg tolker informantene, ser det ut til å være et klart behov for å forbedre enkelte læreres samarbeidsevne og ikke minst få en faglig oppdatering på hva forskningen sier om atferdsproblematikken. Samarbeidet må sees på som en gjensidig avtale mellom hjem og skole, og ha en medvirkning fra både lærere og foreldre. Reglene om hva det skal samarbeides om, og hvordan samarbeidet skal foregå, bør derfor også være klare.

5.5 Hvordan barnevernet opplever nytten av MST for familien

Samtlige av informantene fra barnevernet opplever det som en stor styrke at MST behandlingen er drevne av erfarne folk som har lang erfaring innen barnevernsarbeid.

De forteller at de får tilsendt ukentlige handlingsplaner, hva det er jobbet med og hva MST skal jobbe med i neste uke. På denne måten får de et godt overblikk over hvordan MST arbeider i hver enkelt sak. Alle informantene opplever god informasjon fra MST. Informant B forteller hun har fått tilbud om å hospitere hos MST.

Informant A1 forteller at når MST er inne, holder barnevernet seg langt unna og involverer seg lite i sakene bortsett fra når det gjelder evalueringer. MST har overtatt saken, og barnevernet kommer inn igjen en måned eller to etterpå, blir det forklart.

Informant A2 forteller at MST vanligvis ikke avsluttes med en full måloppnåelse. Noen av målene kan være nådd, mens andre kun er delvis oppnådd. De arbeider vi videre med, forteller informant A2. Den samme informanten forteller:

”Arbeidet videre er ofte mer krevende for oss enn det MST tror. MST er ikke alltid like realistiske. MST har forventninger eller forslag til videre tiltak som er tettere på enn det vi har anledning til å være. I enkelte saker opplever familien og MST de har fått kontroll, mens vi i barnevernet tenker at her er den en jobb å gjøre”.

Informant A2 er av samme oppfatning, og legger til:

”Selv om samarbeidet fungerer, så får ikke vi ikke vite om det negative, før det har gått ganske mye tilbake i behandlingen. Noen ser på det som et stort nederlag å ta kontakt med oss, det vil være et fall å ta kontakt med oss. Så strekker de det og strekker de det. Så må de bite i det sure eplet å ta kontakt med oss likevel.”

Informanten A1 forteller at en dårlig generaliseringseffekt kan skyldes at saker har blitt avsluttet for tidlig eller med for lav måloppnåelse. Når situasjonen begynner å føre til en dårlig generalisering, opplever barnevernet at familiene venter for lenge med å oppsøke hjelp, og en plassering kanskje blir det neste steg.

Informant A1 opplever også MST setter for høye krav til barnevernstjenesten, og sier:

”De må huske på at vi i mange tilfeller ikke har tid og kapasitet til å være så tett på som MST skulle ønske. Vi i barnevernet har mange flere saker og mange flere alvorlige saker på hver

enkel saksbehandler enn det vi har hatt tidligere. Og da kan det være en utfordring å følge opp familien så sterkt som MST ønsker. Det ser jeg er en utfordring som vi ikke alltid får til”.

Informant B forteller at videre tiltak etter avsluttet MST behandling kan være alt fra dekning av fritidsaktiviteter til det å ha en støttekontakt. Informanten forteller at det ofte går på å opprettholde tiltak som MST allerede har satt i gang. I enkelte saker er det heller ikke aktuelt for barnevernet å være inne i saken. Familiene har allerede fått det verktøyet de trengte, og den uønskede atferden har blitt korrigert. Når alt fungerer greit, er det ikke mer for oss å gjøre, sier informant B.

I saker med store problemer knyttet til rus og kriminalitet opplever informant A2 at MST behandlingen ofte kommer for sent i gang. Informanten forteller her om MST som burde ha kommet inn før problemene ble så omfattende:

”Tidligere så følte jeg nok ungdommene hadde et bein inne på institusjon allerede før vi startet med MST, og at det skulle mye mer til. Nå er det mye mer et forebyggende tiltak, hvor vi ser vi har færre institusjonsplasseringer og bortplasseringer nå enn vi hadde for et par år siden. Og det tror jeg handler om at vi kommer tidligere inn. Det blir færre og færre institusjonsplasseringer”.

Informant A1 forteller videre:

”Omfattende menes virkelig omfattende. Det holder liksom ikke å slå inn ruta til naboen altså. Nei sånn småtteri, og om du har mange sånne småtteri, hjelper ingenting det. MST fanger flere enn før, men i saker som har en dårlig generaliseringseffekt, burde MST kanskje ha kommet inn før”.

Informant A1 forteller at kommunen hvor de jobber er kjent for å ha et belastet miljø for ungdommer. Informanten forteller at de sliter med et omfattende uoversiktlig ungdomsmiljø i forhold til resten av landet. ”Vi har hatt mange saker med dårlig generaliseringseffekt, og jeg tror det har noe med området å gjøre”, forteller A1.

En annen teori om hva som kan føre til en dårlig generaliseringseffekt er i forhold til avslutningen. Informanter fra begge kommuner tok opp dette tema. Følgende utsagn kommer fra A2:

”Jeg tror den avslutningen kan være en årsak til en dårlig generaliseringseffekt. Avslutningen er for brå, både for oss og for familiene. Spesielt for familiene, fordi de har hatt et av de tyngste tiltakene, i perioder daglig, så ukentlig. Det er liksom fra den ene uka til den andre så er det fra tett oppfølging til nå skal du få det til på egenhånd. Og det er bom stopp! Disse familiene har hatt negative mønstre og samspill i årevis. Så har de i løpet av 3-5 måneder klart å endre på det. Så forventer vi at det etter så kort tid ikke skal falle tilbake igjen til det de har kunnet i mange år. Det er litt urealistisk å tro. Det er mye som fungerer når du nesten har en papegøye som sitter her (klapper seg på skulderen), og hele tida forteller deg hva du skal gjøre i den og den situasjonen. Også plutselig er den vekk, og du skal få det til selv. I frustrasjon og det er ikke alltid en får det til. Da skal man være ganske ressurssterk. De burde brukt et par måneders avslutning og trappet ned aktiviteten kanskje”.

Informantene opplever MST som et veldig bra tiltak, og til stor nytte for familiene. Samtlige informanter erfarer at en 24 timers tilgjengelighet og tett oppfølging er det som skiller MST fra andre tiltak, og en årsak til oppnåelse av gode resultater. Informant A2 opplever at en dårlig generaliseringseffekt kan skyldes saker blir avsluttet for tidlig. Informant B forteller MST i enkelte saker burde ha kommet inn og behandlet før atferden ble så omfattende. Informant A1 forteller at MST til tider er urealistiske i forhold til den videre oppfølgingen. Når det gjelder å igangsette MST på et tidligere tidspunkt, tenker jeg barnevernet bør ta selvkritikk. Informantene forteller de har kjennskap til sakene før MST går inn, og det er barnevernet som via fagteam henviser sakene til MST. På grunnlag av dette ligger ansvaret hos barnevernstjenesten da henvisningen til MST kanskje burde ha kommet på et tidligere tidspunkt. Når det gjelder videre oppfølging, og ut ifra det barnevernet har fortalt, er det rimelig å tro barnevernet er en uegnet aktør å legge for mye ansvar over på, men selve behandlingsprosessen avsluttes for brått i følge flere av informantene.

5.6 Hvordan MST opplever barnevernets rolle i MST behandlingen

Jeg stilte spørsmål til teamledere i MST omkring barnevernets rolle i MST behandlingen og deres oppfatning til en dårlig generaliseringseffekt.

Bjørn (MST teamleder) forteller at barnevernet er oppdragsgiveren til MST. I det øyeblikket MST overtar en henvist sak, er barnevernets rolle mer definert til å være en ”vakthund”. Bjørn forteller her om barnevernets oppgaver:

Barnevernets primære rolle under MST behandlingen blir å se at vi gjør den jobben som vi er satt til å gjøre. De (barnevernet) setter noen mål og lager en tiltaksplan. For eksempel at ungdommen skal begynne å gå på skolen igjen, og da er det de sin jobb å se at vi faktisk jobber med det og at de skal følge med. De får ukentlige papirer av oss, de er samarbeidspartnere i forhold til kartleggingsmøter, avslutningsmøter, og ikke minst viktige drøftningspartnere.

Ruth (MST teamleder) opplever at enkelte saksbehandlere er veldig flinke til å støtte familien og oppdaterte under MST behandlingen. Samtidig ser hun at med barneverntjenesten er det en jobb å gjøre. I noen tilfeller lurere hun til og med på om barnevernet ikke følger med saken under MST behandlingen, og dermed har gått glipp av utviklingen når de får saken tilbake. Ruth forteller at det skal veldig lite til for å forsterke en dårlig generalisering. Hun forteller:

”Av og til lurere vi på om barnevernet har prøvd MST som siste tiltak. Og når kanskje ting tilspisser seg etter avslutning, så kan det være de tenker dette var siste runde, og da tenker de med engang plassering, og kjører saken i nemnda, og det blir jeg overgitt over. For når vi hører om grunnlaget for plassering for eksempel, så synes vi det er banalt, for vi vet at dette kan familien håndtere”.

Videre sier Ruth:

”Vi skal være et tiltak som ikke eliminerer atferd men som reduserer den og håndterer den. Da kan ting i utvikle seg i faser negativt. Men vi er nok mer krisekule mange av oss, enn det de er til å analysere før det går til videre tiltak. Også har de jo veldig mange saker, så det brenner jo fort overalt hos dem”.

Tidligere i oppgaven er det beskrevet at barnevernet har et oppfølgingsansvaret etter avsluttet MST behandlingen. Jeg spør Ruth om hennes opplevelse i forhold til dette:

”Det er veldig individuelt det også. Den saken som jeg skal til i dag, har de jo ikke gjort noen av de punktene som vi var enig om. Og da tenker jeg: Hvorfor det? Og da undrer jeg meg over når de sier: Ja det kan vi gjøre og det skal vi gjøre. Også er ikke verden sånn at det blir gjort. Og det er mange årsaker til det. Det kan være saksbehandleren har blitt sykemeldt eller det kan være de har skiftet saksbehandler. Så det sier meg som er leder av teamet at barnevernstjenesten er en skjør arena å legge mye ansvaret på”.

Oppfølgingsspørsmålet til Ruth handler om hva barnevernet kan gjøre annerledes for å være med å forhindre en dårlig generaliseringseffekt;

”Jeg tenker barnevernstjenesten kan bli flinkere til å lese papirene. De kan være flinkere til å utnytte de mulighetene som ligger i saker som er avsluttet og som begynner å gå vanskelig. Der har vi en ettårs garanti som blir brukt veldig sjeldent. De kan bli mye flinkere til å tenke dette er en MST sak og undre seg over hvorfor det går galt nå. De kan stille seg selv spørsmål: Hva vi kan gjøre,? Og hva tenker MST at vi kan jobbe med? Så der kan nok samarbeidet bli bedre. De har et oppfølgingsansvar hvis det er bestemt at det videre er en barnevernssak. I noen saker kan en jo avslutte, for at ting går bra, og da er det jo ingen vits i at de skal være der. Samtidig kan de være raskere på plass når ting begynner å utvikle seg negativt”.

I kapitlet har det kommet fram erfaringer om årsaksforhold som kan skyldes en dårlig generaliseringseffekt. Barnevernet opplever MST som rutinerde fagpersoner med stor kompetanse og hvor de opplever høy kvalitet over samarbeidet. Barnevernet forteller de er lite involvert og i liten grad følger med sakene når MST er inne og behandler. Slik jeg forstår MST, forventer de barnevernet følger bedre med under behandlingen. Under intervju med barnevernet fikk jeg bekreftet fra informanter i kommune A at de ikke går detaljert inn og leser rapportene fra MST.

5.7 Samarbeid med familien, en forutsetning for vellykket generaliseringseffekt.

Henggeler (2000) teori viser at det er nødvendig med et godt samarbeid mellom foreldrene, skolen og de kommunale tjenestene for å oppnå gode resultater i MST behandlingen.

Jeg har av den grunn valgt å undersøke og drøfte hvorvidt ulike faktorer i samarbeidet mellom de overnevnte aktørene, kan være årsaken til en dårlig generaliseringseffekt. Flere forskere bekrefter at man er avhengig av et godt foreldresamarbeid, for å oppnå gode resultater i arbeidet med atferdsvanskelig ungdom. Forskning viser også foreldrenettverket er av stor betydning (Henggeler m.fl.1993) og (Borduin m.fl. 1995).

Økologisksystems teori (Bronfenbrenner 1979) skriver at samarbeid er et sentralt trekk i arbeidet med å oppnå økologisk validitet, og viktig innen alle økologiske systemer den unge er en del av. MST tar utgangspunkt i prinsippet om familiebevaring og hjemmebaserte tjenester. Dette forutsetter et forpliktende samarbeid med minst en av ungdommenes foresatte.

Ruth (MST teamleder) støtter seg til Henggeler og forteller:

Foreldrene er de viktigste samarbeidspartnere i MST behandlingen av ungdommer som har alvorlige atferdsproblemer. I MST teamets arbeid er foreldrene viktigst. I MST arbeidet er foreldrene fullverdige samarbeidspartnere, og betraktes som en ressurs. Samtidig så opplever vi at kan vi få et positivt samarbeid med ungdommen så er det veldig bra.”

Ruth forteller at et godt samarbeid med skolen også er viktig, men det uformelle nettverket er viktigst når det gjelder samarbeidspartnere og for å forhindre en dårlig generaliseringseffekt.. Ruth og Bjørn (MST teamledere) er samkjørt når de forteller at de ønsker å ha færrest mulig offentlige personer involvert i behandlingen. Dette forklarer de med jo mindre offentlige etater som er inne, jo større muligheter har de for å få inn de viktigste personene, som er foreldrene, ungdommen, skolen og det uformelle nettverket. Hun forteller at de ikke kan løpe etter ungdommen i 3-5 måneder hvis den unge ikke vil, og understreker at det er foreldrene som treffer ungdommen i løpet av dagen. Dersom MST har et viktig tema de ønsker å ta opp med ungdommen, så forbereder de foreldrene på hvordan de skal håndtere det selv. Ruth forteller at dette er ment for å øke relasjonen mellom foreldre og ungdom, for ungdommen har

ingen nytte av å ha en relasjon til terapeutene i MST. Samtidig forteller hun at ungdommen alltid blir invitert til møter og informert om hva de jobber med.

Bjørn forteller at det hender familien kommer til et punkt hvor ting blir skikkelig tøft, og MST må motivere foreldrene til å fortsette behandlingen. Han understreker at samarbeidet med foreldrene i nittini prosent av tida er veldig bra, og en forutsetning for å oppnå en vellykket generaliseringseffekt.

Informant A1 forteller meg dette omkring foreldresamarbeid:

”Det er jo et ønsket tiltak fra foreldrene, og jeg tror at mange er i en såpass tøff situasjon at de sier ja takk til det meste”.

Og sier videre:

”Mange av sakene våre er så alvorlige at vi tror at MST kan hjelpe, og som hadde vært nyttig for den familien, men så er vi i noen saker kanskje litt optimistiske om hva foreldrene kan få til, og da MST kommer tett på så er det galere enn det man hadde trodd. Samarbeidet med foreldrene kan være galere og viljen til å gjøre noen endringer med seg selv er ganske annerledes enn det vi i utgangspunktet tenkte”.

Informant A2 forteller:

”Noen saker har vært for komplekse for MST. Jeg har hatt saker hvor MST trakk seg ut, det ble for vilt, for komplisert, det ble for vanskelig, og de fikk ikke foreldrene til å snu. I noen saker fungerer foreldrene såpass dårlig at jeg kan komme med alle mulige råd og veiledning og metoder for hvordan de skal gjøre ting annerledes, men når foreldrene ikke mestrer å gjøre det, så nytter det bare ikke. Vi har jo opplevd at vi har foreslått MST tiltak til ganske ressurssterke mennesker (foreldre), men så sier foreldrene nei det orker vi ikke. Det er for mye jobb. Og så sitter vi her med et kjempelurt tiltak egentlig, men så orker de ikke”.

Jeg får bekreftet av informantene fra barnevernstjenesten at et godt samarbeid med foreldrene er en forutsetning for at terapeutene i MST får en vellykket generaliseringseffekt. Informant A1 forteller at mange foreldre er i en svært tøff situasjon og sier ja takk til det meste. På bakgrunn av disse opplysningene antar jeg at foreldrene og faktorer i familiesituasjonen kan

være årsaker til en dårlig generaliseringseffekt. Det kan for eksempel være vanskelig for MST å komme inn i kjernen av problemene, foreldre som samarbeider dårlig seg i mellom eller med det offentlige, eller det etter avsluttet behandling kan oppstå uventede problemer som skilsmisse eller sykdom.

Mor til Frank forteller at sønnen stadig strakk grenser og hun etter hvert ble helt utslitt. Tilslutt orket hun ikke mer, og den dårlige generaliseringseffekten førte til en plassering. På bakgrunn av informasjon fra mor til Frank og fra Bjørn, kommer det fram at en mulig årsak til en dårlig generaliseringseffekt, er at foreldre begynner å bli utslitt og umotivert for videre behandling. Jeg oppfatter det som svært individuelt hvor mye negative utviklingen motgang foreldrene håndterer. Slik jeg oppfatter foreldrene, ligger ikke problemet i foreldrenes ønske, men i foreldrenes mangel på kunnskap om hvordan de skal håndtere barnas atferd. Ruth og Bjørn forteller at det er en stor utfordring for MST å jobbe med isolerte foreldre som ikke får støtte fra venner og familiemedlemmer. Det kan føre til at de fort blir slitne og gir opp. Behandlingen blir veldig krevende når de ikke har noen å fordele dette på, forteller Ruth. I de familiene som har mye nettverk, mener hun MST har større mulighet for å få en vellykket generaliseringseffekt og lykkes i behandlingen.

Bjørn forteller hvorfor det er viktig med gode relasjoner i familiens nettverk for å forhindre en dårlig generaliseringseffekt;

”Det å ha noen å støtte seg på for familien når ting er vanskelig, er usedvanlig viktig. Det betyr at i det øyeblikket en ungdom utfordrer, rømmer, ruser seg, utøver vold, truer med suicid eller sånne ting, så er det viktig at det er mer enn en forelder som står i det. Og da bruker vi familien eller tette venner til familien som kan komme inn og støtte i slike situasjoner. For eksempel ved å være med ut og lete eller være med for å begrense vold. En grunn til at vi bruker det primære nettverket til familien er at vi vet de er der bestandlig. Det er ikke det offentlige. Vi vet aldri hvordan kommunens økonomi ser ut om et halvt år, eller hvor lenge en profesjonell hjelper er tilstede. Naboen er der til du flytter. Onkel, tante og bestemor er der bestandlig. De er der hele tiden. Og uten unntak sier de at de gjerne vil hjelpe. Det er det som er så godt med det uformelle nettverket. De er det mulig å få tak i, og de koster ingenting. For dem er det mer enn godt nok med et klapp på skulderen og en takk for hjelpen og å se at alt går bra”.

MST terapeutene fungerer som en støttespiller for familien under behandlingen. Ut i fra sitatet over forteller Ruth at det er viktig å ha støttespillere rundt seg hele tiden. Familier med et manglende nettverk, vil jeg derfor konkludere med har en større sjanse for å oppleve en dårlig generaliseringseffekt, enn familier med et stort sosialt nettverk.

5.8 Opplevelsen av en plassering

Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi beskriver at barnets basistilhørighet er familien, og det derfor er de andre arenaene som må tilnærme seg og skape et godt forhold til barnets familie. Henggeler m.fl. skriver at den viktigste målsettingene til MST er at ungdommen skal bo hjemme. Ruth støtter seg til Bronfenbrenners (1979) teori om sosial økologi, og forteller at ungdommen har det best ved å bo sammen med sine foreldre, og at dette absolutt gjelder for den store majoriteten. I tilfeller hvor foreldre mangler omsorgsevne, må vi finne noen andre som kan overta omsorgen, sier hun.

Ruth forklarer at MST definerer en målsetting for hver behandling. Dette kan for eksempel være at ungdommen ikke skal begå kriminalitet eller voldshandlinger. Videre sier hun at dersom det øker på igjen med uønsket atferd vil det fører det til en dårligere generaliseringseffekt, og risikoen øker for en plassering utenfor hjemmet. Ungdommen blir i slike tilfeller tatt ut av sitt naturlige miljø, forklarer Ruth.

Bjørn er av den oppfatning at en plassering i institusjon aldri er bra, men legger til at det også kommer an på alternativet. Ruth og Bjørn er enige i at dersom foreldrenes evne til omsorg er for dårlig, eller foreldrene er for slitne til å yte god nok omsorg, må ungdommen få mulighet til å få god omsorg et annet sted til foreldrene har hentet seg opp igjen. I slike tilfeller vil det de betegner en dårlig generaliseringseffekt, resultere i en god utvikling. Bjørn legger til at de hele tiden har fokus på ungdommen og ikke foreldrene.

Ruth forteller om egen opplevelse:

”For noen år tilbake arbeidet jeg med en ungdomsgruppe, der noen av dem kom på en institusjon og var veldig tøffe når det gjaldt rus og kriminalitet. De var på det tidspunktet 16 år gamle. Når de nærmet seg 18 års alderen ble barnevernstjenesten veldig bekymret, for de

visste at ungdommen kom hjem igjen. Og det sier litt om hva som skjer når det ikke blir jobbet med de forholdene og faktorene som er tilstede i hjemmet. Vi synes derfor ikke det er noen suksess med en plassering. Men for noen ungdom, så er det nok det beste for en periode. Og da vil vi heller at de kommer til en ungdomsfamilie enn på en institusjon. Men noen ungdomsfamilier klarer ikke å håndtere enkelte ungdom, så da må de på institusjon. Det som er bedre med en ungdomsfamilie i forhold til en institusjon, er jo at der er det et hjem. Der kan de få en nær relasjon til foreldrene, og det bor ikke mange problemungdom i hjemmet”.

Mor til Frank opplever ikke at MST utviklet seg negativt, selv om sønnen ble plassert i en ungdomsfamilie. Hun beskriver hvordan familien har det etter Frank flyttet ut:

”Det har vært helt fantastisk. Det har vært kjempebra. Det er den første sommeren som vi har hatt som en normal familie, hvis man kan kalle det for det. Vi har vært en familie med harmoni, og det har vi jo aldri vært før, så for oss er det veldig rart. Frank trives også kjempegodt der han er nå, for han hadde jo ingen venner her.”

Jeg tolker utsagnet over som mor og resten av familien var slitne og ikke orket mer av sønnens vanskelige atferd. Av den grunn tror jeg mor er fornøyd med plasseringen. Hun opplever det kanskje som et riktig valg på dette tidspunktet, og at plasseringen ikke var negativt.

Foreldrene til Kenneth er ikke tilfreds med hvordan sønnens atferd har utviklet seg, og opplever at MST behandlingen fikk en dårlig generaliseringseffekt. Mor forteller at dagens situasjon er utilfredsstillende. Far forteller at sønnen ofte stakk av og kunne være borte i dagevis. Kenneth gikk heller ikke på skolen, for der var han uønsket. Foreldrene opplevde det uheldig for sønnen å vokse opp under slike forhold, og valgte av den grunn å plassere sønnen bort som den beste løsningen. I følge mor ønsker Kenneth å komme hjem igjen.

En konsekvens av det utviklingsøkologiske perspektivet er prinsippet om ”familiebevaring” der tjenestene blir tilpasset familiemedlemmenes behov og den enkelte families verdier, tro og kultur. MST terapeutene skal være lydhør for hvordan familien opplever situasjonen og hva de synes er vanskelig. Mor og far til Kenneth forteller de fikk støtte av MST terapeutene når de valgte å plassere sønnen bort.

6. KONKLUSJON

For å få svar på problemstillingen har jeg innhentet opplysninger gjennom å intervju sentrale personer innenfor MST behandlingen. Problemstillingen i oppgaven har vært å identifisere:

Hva kjennetegner MST saker med dårlig generaliseringseffekt?

Spørsmålet kan ikke besvares med ett svar. Slik jeg har tolket mine informanter, kan en dårlig generaliseringseffekt skyldes faktorer som ligger hos MST team, hos den kommunale barnevernstjenesten, hos familien, hos skolen og\eller hos det uformelle nettverket. Ikke minst kan det skyldes en kombinasjon av flere av de nevnte aktører og systemer.

Konklusjonene fra undersøkelsen utført i denne oppgaven er presentert og diskutert til slutt i dette kapitlet. Men først blir det nå gitt en oppsummering av konklusjonene på hva som kjennetegner MST saker med dårlig generaliseringseffekt:

- For liten eller dårlig oppfølging av familiene, etter at MST har trukket seg ut.

Følgende funn kom frem av undersøkelsen:

- For lite ressurser hos barnevernstjenesten.
- Avvik mellom forventningene MST og barnevernstjenesten har til oppfølgingen.
- At barnevernstjenesten ikke følger sakene godt nok underveis, og dermed ikke vet hvilke spesielle behov for oppfølging som er i den enkelte sak.
- At barnevernstjenesten ikke holder sine forpliktelser og lovnader om oppfølging.
- For dårlig organisering av de offentlige tjenestene, og for dårlig samarbeid og kommunikasjon dem i mellom.

- For dårlig samarbeid med, - og for dårlig støtte fra skolen.

Følgende funn kom frem av undersøkelsen:

- For liten vilje fra skolen til å bidra og til å yte ekstra i spesielle tilfeller.
- Skolen tar ikke foreldrene alvorlig hvis ikke en person fra MST eller andre offentlige personer er til stede.

- Skolen er ikke villig til å ta i mot råd og hjelp fra MST team eller andre offentlige fagmiljøer.
 - Skolen gir ikke nødvendig informasjon til foreldrene, MST eller andre om ungdommens atferd på skolen.
 - Skolen ekskluderer den atferdsvanskelige ungdommen i undervisningen gjennom plassering i spesial grupper etc.
 - Skolen ekskluderer foreldrene fra prosessen i de tilfellene der skolen treffer tiltak for å møte utfordringene den atferdsvanskelige ungdommen genererer.
 - Skolen har for lite ressurser til å handskes med ekstra arbeidet som oppstår når en atferdsvanskelig ungdom går på skolen.
 - Skolen opplever samarbeid med MST som belastende og er ofte demotiverte for å bidra i behandlingen.
 - Skolen har ikke tilstrekkelig kompetanse for å møte utfordringene, for å bidra i samarbeidet og for å selv treffe de riktige tiltakene.
 - MST klarer ikke alltid å få utført tilstrekkelig kartlegging av den aktuelle skole i forbindelse med MST behandlingen.
- Foreldrene får for liten avlastning og orker ikke i lengden å yte den nødvendige innsatsen. Følgende funn kom frem av undersøkelsen:
 - For dårlig formelt nettverk.
 - For dårlig uformelt netteværk.
 - Det forekommer at grad av måloppnåelse ved avsluttet behandling ikke er god nok, og dette vil trolig påvirke generaliseringseffekten negativt. Følgende funn kom frem:
 - At MST team avslutter for raskt.
 - Bytte av MST terapeut under behandlingen.

Dette var en oppsummering av de mest sentrale konklusjoner som kan trekkes ut ifra undersøkelsen i denne oppgaven. Bakgrunnen for denne oppsummeringen blir nå redegjort for i den gjenstående del av dette kapitlet.

Foreldrene var opptatt av at MST behandlingen skulle hjelpe dem i å redusere og håndtere atferdsproblemene til ungdommen deres. Foreldrene påpeker spesielt at gjennom behandlingen har de lært seg å være tydelige og konsekvente. De opplever at behandlingen

har lært dem veldig mye og de ser på tingene annerledes nå enn de gjorde før. Dataene forteller at foreldrene stort sett er veldig fornøyd med behandlingen. De opplever at fagfolkene i MST har god fagkompetanse, og påpeker at det er lett å snakke med dem og at foreldrene opplever at de blir lyttet til. En annen ting som foreldrene opplevde som positivt med MST, var en god oppfølging og tilgjengelighet fra terapeutene. Teamledere fra MST forteller at behandlingen tar sikte på å gi foreldrene en kompetanse til å kunne løse problemer på egen hånd, ved hjelp av det uformelle nettverket, også etter at MST har trukket seg ut. Foreldrene ønsker å løse utfordringer selv etter avsluttet behandling, men opplever det negativt å ikke få lov å ta kontakt med fagpersoner i MST når de i situasjoner føler seg usikre. Foreldrene er opptatt av at det var en forutsetning å være fortrolig med MST terapeuten for å få til et godt samarbeid, og det kom i ett tilfelle fram at bytte av terapeut under behandlingen opplevdes som negativt.

Dataene viser at barnevernstjenesten er av samme oppfatning, og opplever i tillegg at MST terapeutene avslutter sakene for raskt når de ser det nærmer seg måloppnåelse.

Barnevernstjenesten var opptatt av at en dårlig generaliseringseffekt kunne skyldes at fagpersoner i MST ikke alltid er like realistiske i det videre oppfølgingsansvaret som de legger over til barnevernstjenesten. Oppfølgingsansvaret blir for stort og barnevernstjenesten klarer ikke å følge opp i like sterk grad som MST ønsker. To informanter fra barnevernstjenesten forteller at MST enkelte ganger har forventninger eller forslag til videre tiltak som er tettere på enn det de har anledning til å være.

I tillegg til nevnte momenter gjeldende etter avsluttet behandling, ble det fra barnevernstjenesten også nevnt at det i enkelte tilfeller ikke er god nok måloppnåelse ved endt behandling. Det forventes ikke at alle problemer skal være løst når behandlingen avsluttes, men barnevernet opplever av og til for liten grad av måloppnåelse i det MST går ut og avslutter saken.

MST på sin side opplever at det er en for dårlig forpliktelse i kommunen og det er et oppfølgingsansvar som barnevernstjenesten lover, men som de ikke overholder. MST opplever at barnevernet prøver MST som siste tiltak og at de ofte gir for fort opp i saker som utvikler seg i negativ retning. Videre forteller teamledere fra MST at barnevernet involverer seg for lite i sakene under behandlingen og dermed går glipp av utviklingen. Et interessant funn som kom fram i undersøkelsen er at det ser ut som om flere av informantene, på tvers av

gruppene som ble intervjuet, føler at det er større problemer med selve organiseringen av tjenestene, selv om dette har lite direkte å gjøre med MST behandlingen i seg selv.

Barnevernstjenesten forteller at de opplever en for stor arbeidsbelastning der de har for mange saker på en gang, og konsekvensen blir en for liten individuell oppfølgingen av hver enkelt sak.

MST er en behandlingsmetode som inkluderer forholdet mellom miljøer og systemer. For ungdommen er familien og skolen to viktige arenaer. Det som bekymrer foreldrene er når systemet rundt den unge og familien ikke fungerer. Et funn som kom fram under undersøkelsen var at forholdet mellom skolen og familien var anstrengt, og foreldrene plasserte mye av skylden på skolen. Foreldrene påpekte spesielt to forhold. For det første opplevde foreldrene at den unge fikk for lite ressurser i skolen i forhold til dennes behov. For det andre var hjelpen som den unge og familien behøvde veldig avhengig av at det var andre offentlige personer tilstedet for at familien skulle bli tatt alvorlig. Når MST ikke var tilstede, gikk det direkte ut over tilbudet som familien fikk fra skolen. Foreldrene virker å være opptatt av at samarbeidet mellom fagpersoner og etater skal fungere, men er også opptatt av at de skal klare å få et godt samarbeid med skolen når de står alene. Undersøkelsen viste på dette punktet at skolen ikke var motivert for å hjelpe familiene. Og i det ene tilfellet ønsket heller ikke skolen å ta i mot råd og hjelp fra MST. Barnevernet fra sin side opplever at skolene er dårlig til å informere både dem og foreldrene når elevene skulker eller når atferden forverres etter avsluttet behandling. Det kommer også fram at enkelte skoler har en tendens til å ekskludere elever med atferdsproblemer ved å plassere dem i spesial grupper. I tillegg opplever foreldrene at skolen ikke inviterer dem til å delta i de tiltak som skolen legger opp til. Videre opplever de at skolen ikke har ressurser til å prioritere atferdsvanskelige elever og at MST tiltaket hovedsaklig oppleves som et belastende tiltak for skolen. De opplever også at lærerne gir for lite informert om den unges atferdsproblematikk. Av fagpersoner i MST kommer det fram at skolen kan ha for liten kompetanse om atferdsproblematikken. De mener at et dårlig samarbeid med skolen, og en for dårlig kartlegging av hver enkelt skole, kan øke sjansen for å få en dårlig generaliseringseffekt. MST lederne kunne generelt tenke seg et bedre og tettere samarbeid med skolen.

Jeg har vurdert Frank(adferdsvanskelig ungdom) til å ha en dårlig generaliseringseffekt på det grunnlag at ved avsluttet behandling bodde han hjemme, men måtte senere plasseres hos en ungdomsfamilie. I tillegg gikk han regelmessig på skolen i stadig mindre grad etter avsluttet

behandling, han utøvde vold mot personer på skolen og i nærmiljø og det ble også registrert kriminalitet etter avsluttet behandling.

Jeg har også vurdert Kenneth (adferdsvanskelig ungdom) sitt tilfelle til å ha en dårlig generaliseringseffekt. Dette fordi det etter behandlingen var avsluttet kom fram at han ikke gikk på skolen, kunne være borte fra familien i dagevis uten å si ifra hvor han befant seg, kom ruset hjem ved flere anledninger og var i klammeri med politiet. For Kenneth ble også utfallet en plassering.

Undersøkelsen viste at i begge ovennevnte tilfeller var foreldrene slitne og at de fort gav opp etter avsluttet behandling når ting begynte å tilspisse seg igjen. Det kom også fram at familien ikke fikk de nødvendige verktøy/strategier eller at de ikke ble trent nok på de verktøy/strategier som de fikk under behandlingen. For den ene familien kom det fram at de hadde et dårlig uformelt nettverk og få personer og støtte seg til når ting begynte å bli vanskelig. Begge familiene opplevde et dårlig avlastningstilbud fra det offentlige, med andre ord et dårlig formelt nettverk.

Litteraturliste

Aadland, E. (1997): *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Otta: Tano Aschehoug.

Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag

Barne- og familiedepartementet (1997): *Handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Rundskriv Q-12/97*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Befring, E. (1998): *Forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Det Norske samlaget.

Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press

Bø, I. (1989): *Barnet og de andre: nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo: Tano Forlag

Bø, I. og Helle, L. (2008): *Pedagogisk ordbok: Praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2000): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalen, M.(2004): *Intervju som forskningsmetode: - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (1994): *Handbook of qualitative research*. California: Thousand Oaks

Einarsson, J., Sandbæk, M. (1997): *Forebyggende arbeid og hjelpetiltak i barneverntjensten: Med vekt på en myndiggjørende praksis*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Espedal, G., Andersen, T. og Svendsen, T (2006): *Løsningsfokusert coaching*. Oslo:Gyldendal akademiske.

Gustle, L.H., Hansson, K., Sundell, K., Lôfholm, C.A. (2008): *Implementation of Evidence-Based Models in Social Work Practice: Practitioners`Perspectives on an MST Trial in Sweden*. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, Vol. 17 (3).

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Pickre, S.G., Brondino, M.J., Borduin, C.M. og J.A, Hall. (1994). *Treatment manual for family preservation using multisystemic therapy*. Columbia: Department of Health and Human Services.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland M. D., Cunningham P. B. (1998): *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland M. D., Cunningham P. B. (2000): *Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget

Hill, J., Maughan, B. (2001): *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.

Holter, H. og Kalleberg, R. (1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norges, F. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de? Ekspertuttalelse etter konferansen 18-19 september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelig og utagerende*. Oslo: Norges forskningsråd.

NOU 2000: 12 *Barnevernet i Norge* (<http://www.regjeringen.no/nb/dep.html?id=933>)

Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2001): *Rådgivning: tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Klefbeck, J. og Ogden, T. (2003): *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Langslet, G.J. (2002): *LØFT for ledere: løsningsfokusert tilnærming til typiske ledelsesutfordringer*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Maxwell, J. A. (1992): *Understanding and Validity in Qualitative Research*. Harvard Graduate School of Education. I *SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og Statistikk*. Kopisamling (2005) Oslo: Unipub, s 25-48.

Nordahl, T og Manger, T. (2005): *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ogden, T. (1998): *Multisystemisk terapi (MST)*. Tidsskrift spesialpedagogikk, 1998;årgang 63, nr 5. s16-24.

Ogden, T. (2002). *Multisystemisk behandling av atferdsproblemer- teori og forskningsgrunnlag*. Tidsskrift for ungdomsforskning, 2002; Årgang 2, nr 2; s39-58.

Ogden, T., og Hallidag-Boykins, C.A. (2004). *Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US*. Journal of child and Adolescent Mental Health, 9, 77-83.

Ogden, T. (2006): Virker MST: Kommentar til en systemisk oversikt og meta-analyse av MST. Tidsskrift for Nordisk sosialt arbeid, 2006; årgang 26, nr 3. s222-233.

Rappaport, J. and Hess. R. (1984): *Steps Toward Understanding Action. Studies in Empowerment*. New York: The Hawarth Press

Robson, C. (2002): *Real World Research*. USA: Blackwell Publishing.

Rubin, H.J. and Rubert, I.S. (1995): *Qualitative Interviewing: The art of hearing data*. California: SAGE Publications.

Ryen, A.(2002): *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Schjelderup, L.E., Omre, C., Marthinsen, E. (2005): *Nye metoder i et moderne barnevern*. Bergen: Fagbokforlaget.

Silverman, D. (2006): *Interpreting qualitative data*. London-Thousand Oaks-New Delhi: SAGE publications.

Smith, L., og Ulvund, S.E. (1999): *Spedbarnsalderen*. Oslo:Universitetsforlaget.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. og Duckert, M. (2007). Parent Management Training- Oregon Modellen (PMTO). Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. Artikkel til Tidsskrift

Sosialdepartementet. St.meld.nr 40. (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.

Stern, D.N. (1985): *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books

Sørli, M.A. (2000): *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen: En forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis Forlag

Taraldsen, K. (2008): *MST i Norge. Resultater fra forskning og programdata*. Formidlingskonferanse, Oslo, november 2008.

Tetzchner, S. (2001): *Utviklingspsykologi: barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Informasjonsskriv

Lena Charlotte Kårikstad
Louises vei 11
4633 Kristiansand
lana.kaarikstad@gmail.com
Tlf: 41308370

Jeg er student ved Universitetet i Agder, og holder i disse dager på med masteroppgave i pedagogikk med foreløpig tittel; ” *Når Multisystemisk terapi (MST) ikke lykkes*”.

Foreløpig problemstilling er: *Hva kjennetegner MST saker med dårlig generaliseringseffekt (etter avsluttet behandling)?*

Målet med undersøkelsen er å få innsikt og videre utvikle god kunnskap om hvorfor fullførte MST saker med god behandlingseffekt ved avslutning i enkelte tilfeller utvikler seg negativt. Jeg ønsker å undersøke hvordan situasjonen var for foreldre og ungdom etter en avsluttet MST behandling. Jeg vil undersøke årsaker til at situasjonene forverret seg. Videre vil jeg se på samarbeidet mellom MST-team, foreldre og ansatte i barnevernstjenesten som har erfaringer med MST. Målet er å få fram deres opplevelse og undersøke hva som kunne ha vært gjort annerledes for å ha oppnådd et godt resultat.

Metoden er å ta i bruk intervju som vil ha form som en samtale. Her skal dere som intervjupersoner fortelle meg deres erfaringer og opplevelse til at MST behandlingen som hadde en god behandlingseffekt ved avslutning etter en tid utviklet seg negativt. Når det gjelder gjennomføring av intervjuet har jeg muligheter for å komme til dere eller møtes hvor det for dere måtte passe. Varigheten av intervjuet er estimert til cirka 1 time.

All data vil bli behandlet i henhold til de faglige og etiske kravene som gjelder forskning, og deltagelsen er frivillig.

Prosjektet er vurdert av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.

Veileder for oppgaven er David Lancing Cameron, førsteamanuensis ved Universitetet i Agder, Serviceboks 422, 4604 Kristiansand.

Målet for intervjuet er at jeg skal få gjennomført min masteroppgave i november 2008, og at MST- teamet og barnevernstjenesten skal tilegne seg mer kunnskap. På den måten vil kanskje flere familier oppnå gode og langsiktige resultater i MST behandlingen. Første gang vi møtes vil jeg be dere fylle ut en samtykkeerklæring. Dersom dere har spørsmål, ber jeg dere ta kontakt med undertegnede på mail eller telefon.

Med vennlig hilsen Lena Charlotte Kårikstad

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker i å delta som intervjuperson i intervju undersøkelse: *Når Multisystemisk teori (MST) ikke lykkes*. En undersøkelse som baserer seg på intervju av foresatte i familier som har deltatt og avsluttet MST behandling, og ansatte i barnevernstjenesten som har erfaringer fra MST.

Jeg har lest informasjonsskrivet, og er innforstått med at deltakelse som intervjuperson i forbindelse med min masteroppgave i pedagogikk er frivillig. Jeg vet at jeg kan trekke meg når som helst uten å oppgi grunn.

Undersøkelsen utgår fra Seksjon for pedagogikk ved Universitetet i Agder.

.....

Dato

Sted

Tlf.....

.....

Underskrift deltaker

INTERVJUGUIDE TIL BARNEVERNSTJENESTEN

Hva slags kunnskap og kompetanse har du om MST?

Hva er din oppfatning til at enkelte barn utvikler atferdsvansker?

Hvordan opplever du egen deltakelse under MST behandlingen?

Hvordan opplever du nytten med, og leser og bruker du handlings- og avslutningsplan?

Hvordan oppleve du MST sin faglig kompetanse?

Hvordan opplever du nytten av MST for familien?

Hvordan opplever du barnevernets funksjon i videre oppfølgingen til familien?

Opplever du spesielle utfordringer i den videre oppfølgingen?

Hvordan opplever du nytten av de videre anbefalingene som blir gitt fra MST?

Hvordan opplever du samarbeid med; MST, skolen og foreldre?

Hvilke forklaringer har du på at MST kan utvikle seg negativt?

Er det noe du vil tilføye?

INTERVJUGUIDE TIL FORELDRE

Hva var årsaken(e) til at dere ønsket å benytte MST som tiltak?

Hvordan opplever du tidspunkt i forhold til oppstart av MST behandlingen?

Hvordan opplever du nytten av MST?

Hvordan opplever du at skolen tar vare på den atferdsvanskelige ungdommen?

Hva er dine positive og negative opplevelse og erfaringer med MST?

Opplever du at MST førte til en negativ utvikling? (dersom ja; opplever du at det er faktorer som kunne forhindre den negative utviklingen?)

Hvordan opplever du den videre oppfølgingen fra barnevernstjenesten?

Hvordan opplever du samarbeidet med MST og barnevernstjenesten?

Opplever du MST, skolen, barnevernstjenesten eller andre kunne ha gjort noe annerledes for å forhindre en plassering?

Hvilke forklaring har du på at MST utviklet seg negativt?

Er det noe du vil tilføye?

INTERVJUGUIDE TIL MST

Hva kan være årsaker til at familier trenger hjelp fra MST?

Hvordan fungerer samarbeidet med foreldrene?

Hva opplever du som utfordringene i arbeidet med den unge og familien?

Hvordan opplever du nytten av MST for familien?

Hvordan opplever du foreldrenes motivasjon under behandlingen?

Hvorfor er det så viktig med gode relasjoner i familiens nettverk?

Hvordan opplever du skolen tar vare på den atferdsvanskelige ungdommen?

På hvilke måte kan MST få til et bedre samarbeidet med skolene?

Hva er barnevernets rolle under og etter behandlingen, og hvordan opplever du dette?

På hvilke måte kan MST få til et bedre samarbeidet med barnevernet?

Hvilke forklaringer har du på at MST kan utvikle seg negativt?

Har du noen formeninger om hvordan resultatet av MST kan bli bedre?

Er det noe du vil tilføye?

MST Analytisk Prosess

Henvist atferd

Ønsket behandlings-
resultat fra familien
og nøkkeldeltakerne

Overordnede mål

Involvere familien og
nøkkeldeltakerne i et samarbeidsklima
med felles forutsetninger

Multisystemisk
analyse av atferd

Ny evaluering

Prioritere

Vurdering av framskritt
og barrierer i forhold
til måloppnåelse

Delmål

Familien og de viktigste
deltakerne inngår i et samarbeidsklima
med felles forutsetninger

Måle

Intervenere

Utvikle
intervensjoner

Utføre



David Lansing Cameron
Institutt for pedagogikk
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 01.10.2008

Vår ref: 19824 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.09.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 30.09.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19824

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Multi-systemisk terapi (MST) for ungdommer med alvorlige atferdsvansker

Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder

David Lansing Cameron

Lena Charlotte Kårikstad

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

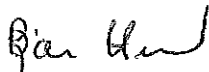
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 14.11.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Lena Charlotte Kårikstad, Louises vei 11, 4633 KRISTIANSAND S



Ombudet legger til grunn at barnevernstjenesten har klarert prosjektet.

Det legges videre til grunn at barnevernstjenesten rekrutterer foresatte, og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Ombudet finner informasjonsskrivet til utvalget av 30.09.08 tilfredsstillende.

Det legges til grunn at det ikke innhentes opplysninger om tredjeperson i forbindelse med intervju av ansatte i barnevernstjenesten og at taushetsplikten ikke er til hinder, jf. e-post fra student 30.09.08.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 14.11.08 ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydopptak, navneliste og samtykkeerklæringer slettes/makuleres.