



# MST

# MULTISYSTEMISK TERAPI

– FOR 12-17-ÅRIGE MED ADFÆRDSPROBLEMER



## Indhold

MST .....	2
MST-SA .....	3
Effekter og virkninger .....	3
Mål for behandlingen .....	4
Teoretisk grundlag og pædagogisk/psykologisk metode .....	5
Fælles empirisk grundlag .....	5
Målgruppe for MST-SA .....	6
Som udgangspunkt omfatter målgruppen ikke unge, som er 1 .....	7
MST-SA-processen .....	7
Varighed og tidsforbrug.....	7
Lokalitet.....	7
Visitation og opstart .....	7
Point- og niveausystem.....	8
Rusmiddelprotokol.....	8
Family drug management plan og træning i at afvise rusmidler.....	9
Kvalitetssikring .....	10
Uddannelses- og kompetenceprofil hos MST-SA-terapeuter .....	11
Teamet.....	11
Vejleder.....	12
Samarbejdsstrukturer.....	12
Teknologi og værktøjer.....	12
Omkostninger ved forløbet .....	13
Potentiale for replikation .....	13
Gennemførelse, implementering og udvikling af MST-SA programmet.....	13

Dette er en introduktion til Multi Systemic Therapy – Substance Abuse (MST-SA), som er en behandlingsform for unge under 18 år med brug eller misbrug af rusmidler. MST-SA er en udvidet udgave af den veldokumenterede behandlingsmodel Multisystemisk Terapi (MST).

Da MST-SA er en overbygning til modellen MST, beskrives MST's centrale principper indledningsvist, da disse på tilsvarende vis gælder for MST-SA. Herefter redegøres der for, hvorledes en typisk MST-SA-proces forløber ved implementering og udførelse af arbejdet med MST-SA-modellen.

## MST

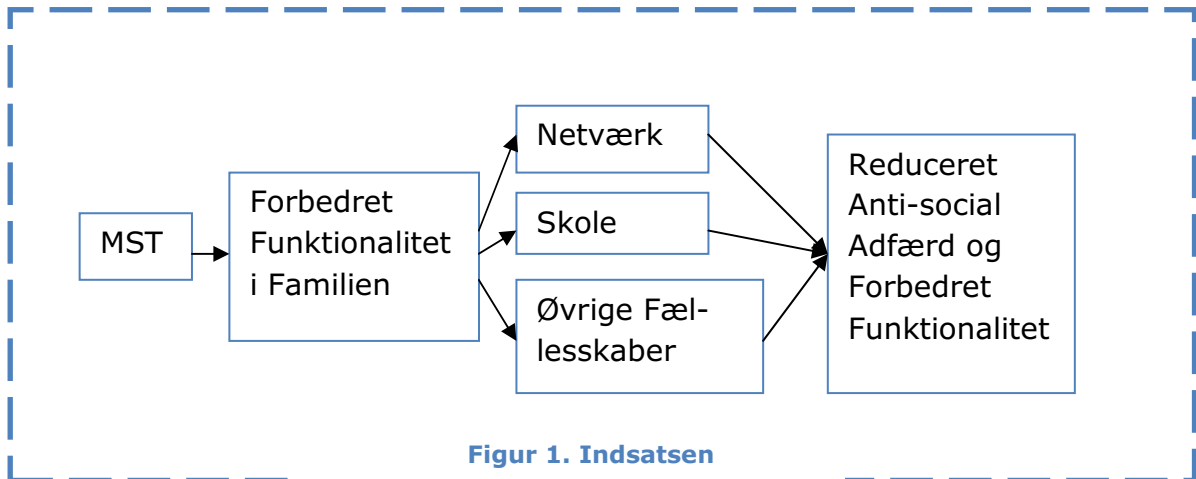
MST er et behandlingstilbud til unge mellem 12 og 17 år, som har adfærdsproblemer (Henggeler et. al, 2009), som kommer til udtryk i bl.a. pjækkeri fra skole, kriminalitet, misbrug, aggressivitet, trusler eller lignende. Modellen er udviklet af den amerikanske professor i psykologi Scott Henggeler. Behandlingsmetoden kom til Danmark i 2003 og anvendes endvidere i USA, Australien og New Zealand og i Europa i Norge, Sverige, Danmark, Schweiz, England, Irland, Skotland, Nederlandene og på Island. MST-metoden er dokumenteret for sin virkning igennem ca. 25 års forskning og består grundlæggende af to bærende principper:

**For det første** antages det, at teenagers adfærdsproblemer (jf. ovenstående) forstærkes af diverse forhold i forbindelse med de sociale systemer<sup>1</sup>, dvs. familien, kammeratskabsgruppen, skolen og det øvrige omgivende samfund, som den unge er en del af. Derfor kræves der af en MST-behandling, at der både arbejdes med de problemstillinger hos den unge, der udspiller sig i de pågældende relationer, mens der sideløbende opbygges beskyttende og støttende systemer.

**For det andet** er denne tilgang baseret på antagelsen om, at de nærmeste omsorgsgivere sædvanligvis er de primære kilder til forandring. MST-interventionerne fokuserer derfor på at støtte og styrke omsorgsgiverne i at opbygge deres ressourcer samt de nødvendige evner til at støtte den unge mere effektivt. I takt med at omsorgsgiveres støtte og omsorg øges (fx via monitorering og støtte til den unge), hjælper terapeuten med at designe og implementere interventioner rettet mod at reducere den unges anti-sociale adfærd samt at forbedre deres funktionsevne i bl.a. familien, netværket, skolen samt i øvrige fællesskaber. Ræsonnementet er, at jo mere effektivt netværket kan støtte den unge, des lettere kan terapeuten guide indsatser i forhold til fx at afkoble den unge fra uhensigtsmæssig adfærd og netværk samt at forbedre skoleindsatsen.

---

<sup>1</sup> Se for nærmere uddybning under Teoretisk grundlag; Den menneskelige adfærds multideterminerede natur.



Målet er altså at skabe en kontekst omkring den unge, som støtter pro-social adfærd<sup>2</sup>, frem for en kontekst som virker befordrende for anti-social adfærd. Omsorgsgivernes/familiens samarbejdsvilje og evner til at støtte den unge er særdeles afgørende for opnåelse og fastholdelse af den pro-social adfærd og forbedret funktionalitet. Derfor sigtes der mod at klæde omsorgsgivere på til at vedligeholde og fastholde den forandring over tid, som den unge opnår gennem behandlingen, samt at kunne overføre de nye færdigheder til andre situationer (generalisering).

## MST-SA

I forhold til standardmodellen MST er overbygningen MST-SA en udvidelse og specialisering rettet mod unge, som har den samme profil som standard MST, men hvis primære vanskeligheder i særdeleshed er præget af forbruget af rusmidler. I MST-SA arbejdes intenst med de komplekse aspekter og motivationsfaktorer i et ungt menneskes kontekst, der bidrager til, at den unge bruger eller misbruger rusmidler<sup>3</sup>.

## EFFEKTER OG VIRKNINGER

MST-SA er et såkaldt evidensbaseret behandlingsprogram, der bygger på en gennemarbejdet programteori. Denne programteori er bygget op omkring en grundigt beskrevet målgruppe, en systematisk og omfattende analytisk model og terapeutiske grundprincipper, der når de følges kan sandsynliggøre en effekt

<sup>2</sup> Pro-social adfærd: Det modsatte af antisocial, dvs. ikke misbrugende, ikke kriminel, afbalanceret, er engageret i skole/job, etc.

<sup>3</sup> Der skelnes mellem et forbrug og et misbrug, i det at det er muligt at bruge rusmidler uden at det giver anledning til problematiske eller bekymrende konsekvenser. Sommetider eksperimenterer en ung med rusmidler, uden at der er tale om et decideret misbrug. Se mere om vurdering af dette længere nede.

på forskellige områder, fx reducere antallet af anbragte børn, få flere unge i uddannelse og reducere misbrug. Programteorien udstikker de gældende retningslinjer for de nuværende og kommende teams, og er grundlaget for opnåelsen nedenstående mål.

**På lang sigt** skal behandlingen føre til en generel normalisering af den unges liv baseret på valgmuligheder og selvforsørgelse og præget af et minimum af sociale problemer.

**På mellemlang sigt** er målet, at den unge passer sin skole eller sit arbejde, den unge bor hjemme og ikke har et overforbrug af hverken alkohol eller andre rusmidler. Den unge forventes desuden at udvise mindre udadreagerende adfærd.

**På kort sigt** er målet, at den unge og den unges forældre skal have en forbedret relation, samt lære at forstå den unges misbrug, og hvad der får den unge til at indtage rusmidler. Derudover skal forældrenes omsorg og problemløsningsevne forbedres, og de lærer at gennemføre et belønningssystem, der bruges til at motivere den unge til et samarbejde omkring sit misbrug. Resultatet af dette skal være, at den unge forstår at undgå fristende situationer, at forholdet imellem den unge og de omliggende systemer forbedres, bl.a. ved at tilliden imellem forældre og ung genoprettes, og at den unge fastholdes eller opstartes i et skole- eller arbejdstilbud.

## MÅL FOR BEHANDLINGEN

MST-SA-programmets kerne beror som sagt på ni terapeutiske principper, som i samspil med Den Analytiske proces udgør det stærke fundament i behandlingsmodellen (Henggeler et al. 1998). Principperne er ikke mål i sig selv, men en terapeutisk grundholdning og måde at arbejde på hvorigennem det/de endelige mål skal opnås:

- At forældrenes opdragelsespraksis styrkes.
- At familiens relationer og omsorg for hinanden styrkes.
- At familien sættes i stand til at løse fremtidige konflikter.
- At kontakten mellem familien og omgivelserne styrkes.
- At den unge går i skole eller er i arbejde.
- At den unge har gode kammeratskabsrelationer.
- At den unge deltager i positive fritidsaktiviteter.
- At den unge forbliver boende i hjemmet.
- At den unge ikke begår kriminalitet.

MST-SA behandlingen består derudover af en række grundlæggende psykologiske og adfærdsmæssige strategier, der er udviklet med henblik på 1) at identificere kombinationer af personer, steder, følelser, tanker og lignende, der kan få en person til at tage rusmidler og forsætte med det, 2) at identificere personer, steder og ting, der er mere tilfredsstillende eller berigende for den unge at tage del i, end rusmidler, 3) spore misbrug af rusmidler på en objektiv og målbar måde, 4) at give den unge positive oplevelser, når han eller hun er stoffri, og at håndhæve sanktioner, når der spores indtagelse af rusmidler, og 5) at udarbejde selvstyringsplaner og færdigheder, så den unge lærer at afslå tilbud om rusmidler og dermed styrke sine chancer for at blive fri af rusmidler.

Denne tilgang tager sit oprindelige udgangspunkt i en succesfuld behandlingsmetode til voksne med forbrug af rusmidler (Budney & Higgins, 1998) og er inden for de sidste 10 år udviklet til anvendelse i arbejdet med behandling af unge med et misbrug (Donohue & Azrin, 2001; Henggeler 2008).

## **TEORETISK GRUNDLAG OG PÆDAGOGISK/PSYKOLOGISK METODE**

MST er baseret på den sociale økologiske tankegang (Bronfenbrenner, 1979), der hævder, at adfærdsmæssige ændringer hos de unge er mest robuste, når de opnås ved at skabe ændringer i de sociale miljøer i stedet gennem individuel, gruppe eller klinik behandling. Derfor arbejder MST i de systemer den unge er en del af (fx familie, venner, skole), med de faktorer der gennem udredninger og analyser antages at bidrage til den problematiske adfærd. Fordi disse faktorer er forskellige fra ung til ung, er MST interventionerne fleksible og skræddersyede for at opfylde de forskellige behov, der er i de forskellige familier. Behandlingen foregår i familiens hjem, i nærmiljøet og i de involverede systemer (fx skole) for at sikre at alle involveres i og bidrager til behandlingen og for at fremme generalisering af behandlingen.

Interventionerne er fokuseret på at nå konkrete og beskrevne behandlingsmål gennem mobilisering af familiens og økologiens ressourcer. De er målrettet specifikke, veldefinerede problemer, er handlingsorienterede med fokus på de nuværende betingelser og ressourcer familien eller nærmiljøet har. Selvom MST terapeuterne er ansvarlige for resultaterne af behandlingen, forventes der en daglig eller ugentlig indsats fra familiemedlemmerne for at nå målene og overvinde forhindringer.

## **FÆLLES EMPIRISK GRUNDLAG**

MST og MST-SA er nogle af de mest veldokumenterede behandlingsmetoder til udadreagerende unge. MST-SA har desuden i et randomiseret klinisk forsøg, der blev finansieret af det amerikanske "National Institute on Drug Abuse and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism", påvist, at MST-SA mar-

kant reducerer unges brug af rusmidler, og at integrationen af MST og SA forbedrede effektiviteten af MST særligt i forbindelse med behandling af unges forbrug af rusmidler. SFI publicerede en evaluering af tre misbrugsprogrammer i 2014, hvor den ene var MST-SA.

Se <http://socialstyrelsen.dk/unge/rusmidler/viden-om-rusmidler/metoderne-fra-projekt-misbrugsbehandling-for-udsatte-unge-under-18-ar/mst-sa> for yderligere omkring evaluering og forskning i MST-SA.

## MÅLGRUPPE FOR MST-SA

De karakteristika, der vist i nedenstående boks, er ifølge håndbogen Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents (Henggeler et. al, 2009) en forudsætning for behandling<sup>4</sup>:

- Den unge er i alderen 12-17 år
- Den unge har begyndende eller alvorlige misbrugsproblemer, der påvirker den unges og familiens trivsel på signifikant måde
- Den unge bor hjemme, sammen med mindst én forælder/omsorgsgiver
- Familien har (potentielle) ressourcer.

Målgruppen er derudover ofte kendetegnet ved (disse er ikke nødvendigvis alle til stede eller viser sig samtidigt):

- Kognitive vanskeligheder
- Indlæringsvanskeligheder
- Sproglige barrierer
- Har udadreagerende adfærd
- Omverdenen har ikke indsigt i misbrugsproblemet
- I kriminelt miljø
- Voldelig adfærd
- Massive konflikter i hjemmet
- Skolefravær

---

<sup>4</sup> En ung bor muligvis ikke hjemme, er nær ved at flytte hjemmefra, eller at der umiddelbart ikke er nogen eller kun meget få ressourcer at hente hos omsorgsgivere. I sådanne tilfælde skal det overvejes, om der er potentiale for at ændre på et eller flere af vilkårene, således at det bliver muligt at vurdere den unge som egnet til MST behandling.

- Bagud i forhold til jævnaldrenes faglige kompetencer
- Er ikke hjemme om natten/kommer først hjem langt ud på natten
- Har fået udredning, men mangler opfølgning (handleplaner, medicinering, psykoedukation)
- Den unges netværk er ofte kendetegnet ved at være antisociale, kriminelle misbrugende. De er ikke tætte venner, men vil beskytte og støtte hinanden.

Som udgangspunkt omfatter målgruppen ikke unge, som er:

- 1) psykotiske, og som vil have mere gavn af psykiatrisk behandling
- 2) seksualkrænkende, hvis det er den eneste kriminelle handling den unge begår
- 3) unge med en IQ på under 70, da behandlingen forudsætter mentale ressourcer over det niveau.

## **MST-SA-PROCESSEN**

Ved oprettelsen af et behandlingsteam forpligter organisationen sig til at overholde nedenstående grundlæggende elementer for at arbejde med MST behandlingsmodellen.

### *Varighed og tidsforbrug*

Et MST-SA forløb varer mellem tre og fem måneder. Forskning i MST standard har vist, at en behandlings succes ikke forbedres væsentligt ved en længere periode end ca. fem måneder. Hvorvidt dette ligeledes er gyldigt for MST-SA delen har forskningen endnu ikke vist. Varigheden afhænger i en vis grad af den unges og omsorgsgiveres engagement, men gennemføres som regel indenfor den normerede MST-behandlingstid. Der er på grund af den korte periode tale om en intensiv behandling, med møder flere gange ugentligt og hvor teamet er tilgængeligt for forældrene 7 dage om ugen, 24 timer i døgnet.

### *Lokalitet*

MST bygger som et grundprincip på, at behandlingen skal foregå hjemme hos familien, og på tider som er passende for familien. MST arbejder også i de systemer, der har en betydning i den unges liv f.eks. i skole/arbejdsplads, fritidsaktiviteter andre indsatser ol.

### *Visitation og opstart*

Visitationen foregår i et samarbejde mellem MST-SA-vejlederen og familiens sagsbehandler, hvor der undersøges om forudsætningerne for visitation til MST-SA er tilstede. Herefter aftales et opstartsmøde, hvor man mødes med familien for at aftale rammerne for samarbejdet, og hvor relevante informationer og materiale for opstart af behandlingen udveksles.

Ved de første besøg i familien laves der en grundigere udredning af de problemstillinger, som den unge er henvist for, og misbruget undersøges og analyseres ved hjælp af forskellige værktøjer, der sikrer grundig-



hed og systematik, samt hjælper forældrene med at få en forståelse af de faktorer og mekanismer, der er styrende i deres samspil med den unge.

### **MST-SA-terapeuten skal i denne forbindelse:**

1. Vurdere om den unge benytter sig af rusmidler.
2. Finde ud af kvantiteten og konsekvensen af den unges rusmiddelbrug.
3. Redegøre for behov for behandling af misbrug.
4. Engagere omsorgsgivere og ung i behandlingsproces.

### *Point- og niveausystem*

MST-SA bygger på et point- og niveausystem, som forskning har påvist er en effektiv metode ved arbejde med adfærdsvanskelige unge (Henggeler et. al, 2009). Ugentlige urintests udgør derfor et centralt element i en motivationsstruktur, der belønner rene rusmiddeltests og undlader belønning for urene tests. Belønningerne kan variere fra at være mindre gaver eller bestå i privilegier som udgangsfrihed, relationelle aktiviteter og lignende.

### *Rusmiddelprotokol*

Adfærdændringer opnås mest effektivt, når de administreres konsekvent, præcist og på baggrund af 'objektive beviser', såsom urintest og monitoreringssystemer. Der er tre særdeles gode argumenter for anvendelsen af disse, som MST-SA tager højde for:

- Det er først og fremmest relevant, da det er et faktum, at unge med selv de bedste intentioner om at standse deres forbrug af rusmidler, ofte ikke fortæller fuldstændigt om mængden og hyppigheden af deres forbrug. Den mundtlige rapport kan således ikke alene afspejle den unges faktiske forbrug.
- Dernæst er det vigtigt, da MST-SA arbejder med belønningssystemer, og det vil derfor kunne skade programmets integritet, hvis ikke der forelå en verificeret årsag til hver belønning.
- Og sidst, men ikke mindst, fordi objektive monitoreringssystemer og rene testresultater giver mulighed for at kunne skabe ny tillid mellem den unge og omsorgsgivere.

### **MST-SA-terapeuten skal i denne forbindelse:**

1. Bistå den unge og familien i at udvikle strategier og kompetencer til at håndtere rusmiddel motiverende faktorer og kontekster.
2. Undervise omsorgsgivere i at hjælpe den unge med at håndtere rusmiddel motiverende faktorer og kontekster og styrke den unges succesfulde håndtering af disse.
3. Skabe så mange alternative strategier for håndtering af rusmiddel motiverende faktorer og kontekster som muligt.
4. Udvikle kompetencer i afvisning af rusmidler for de uundgåelige situationer.

### *Family drug management plan og træning i at afvise rusmidler*

Det er umuligt at planlægge og forebygge sig ud af alt, og i den ånd trænes de unge derfor i at håndtere uforudsete situationer og fristelser (Henggeler et. al, 2009).

Den unge og omsorgsgiverne lærer at vurdere på egen hånd, hvad der motiverer den unge (fx følelser) til at benytte sig af rusmidler<sup>5</sup>, hvilken adfærd der medvirker til, at den unge anvender rusmidler, samt hvilke negative og positive konsekvenser bestemt adfærd fører med sig.<sup>6</sup> Derudover introduceres den unge og omsorgsgivere til nedenstående selvledelsesstrategier (af Budney & Higgins, 1998, i Henggeler et. al, 2009).

1. Undgå motiverende faktorer og faldgruber: fx tag en anden rute hjem fra skole for at undgå at møde fristelser på vejen.
2. Re-arrangér miljø: Fjern genstande som associeres med motivation for forbrug af rusmidler fx pipe, bong, rullepapir, cigaretter og lightere.
3. Lav en plan: fx opnå kompetencer til at modstå fristelser, uundgåelige møder eller steder som kan virke motiverende og søg sociale støttegrupper.

De fleste tilbagefald for unge sker i samværet med deres vennekreds. For at træne sig selv i at afvise rusmidler, udarbejder den unge derfor sammen med forældrene et særligt sæt af strategier, som skal støtte og styrke den unge til mødet med de uundgåelige sociale fristelser. Det er i den forbindelse væsentligt, at forældrene deltager i terapeutens SA-samtaler med den unge. Derved lærer forældrene at overtage disse samtaler i den sidste del af forløbet.

<sup>5</sup> Fx kan en ung opdage at trangen til at bruge rusmidler kan skyldes at følelser som ensomhed og tristhed opleves at være mindre presserende ved påvirkning.

<sup>6</sup> Fx kan en ren test belønnes med en lille gave eller privilegier, mens en uren kan betyde fjernelse eller indskrænkelse af privilegier.

### **MST-SA-terapeuten skal i denne forbindelse:**

1. Bistå den unge i træningen i at afvise rusmidler i uundgåelige sociale situationer.
2. Bistå den unge i at træne afvisninger på en måde som vil have effekt i forhold til den individuelle unges netværk.
3. Skabe muligheder (gennem rollespil) for den unge for at øve sig i at afvise fristelser.
4. Undervise omsorgsgivere i at støtte den unge i denne proces.

### *Kvalitetssikring*

Der foreligger et krav og en forudsætning om grundig og præcis dataindsamling, som er et afgørende element i kvalitetssikringen og dokumentationen af MST-SA. Der er dog et omfattende støttemateriale samt vejledning og bistand fra MST Danmark før, under og efter dataindsamlingen.

Det er vigtigt at bemærke, at disse procedurer er ment som kvalitetssikring, og har det formål at støtte og vejlede terapeut og team med feedback, således at alle føler sig rustede og kompetente under udførelsen af det terapeutiske arbejde, og for at opnå de bedst mulige resultater.

Der indsamles løbende informationer med datasystemerne TAM-R (Therapist Adherence Measure - Revised) og SAM (Supervisor Adherence Measure)<sup>9</sup>.

**TAM-R** er en metode, som evaluerer en terapeuts efterlevelse af modellens principper på baggrund af omsorgsgiveres indberettede svar.

**SAM** er en metode hvor terapeuterne evaluerer vejlederens efterlevelse af MST-SA-principperne.

Forskningsresultater indikerer, at familier som scorer højt på TAM-R og SAM, har større succes med behandlingen<sup>7</sup>, hvoraf det konkluderes, at effekten af behandlingen er betydeligt mere succesfuld, når terapeuten og vejlederens efterlevelse af principperne er høj.

Endvidere registres i denne dataindsamling de egentlige effekter (**Outcomes**) ved udskrivning, som omhandler den endelige virkning af MST-SA-behandlingen. Ligesom der bruges MST Ind- og Udskrivningsskemaer og YLS (Youth Level of Service) til at måle udviklingen af kernemålene.

### **Dataindsamlingen består af følgende proces:**

TAM-R:

- Uvildige interviewere vil regelmæssigt kontakte familierne for at udføre TAM-R-interviews og der skal derfor indhentes samtykke til, at familien vil medvirke. Første gang er 14 dage efter den indledende kontakt (den såkaldte "first visit date") og herefter med 4 ugers mellemrum.
- Hvert interview scores i en elektronisk database (MST-databasen), og det er vigtigt, at dette gøres senest inden 14 dage efter udførelsen af interview.

<sup>9</sup> Schoenwald, S. K. (2008). Toward Evidence-Based Transport of Evidence-Based Treatments: MST as an Example. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse Treatment*, 17, (3), 69-71.

- Hvis det ikke lykkes at gennemføre interviewet i den aftalte uge, gives der besked til MST Danmark med en skriftlig redegørelse over ugens interviewlister med angivelse af, hvorfor i givent fald et interview ikke er gennemført.

SAM:

- Terapeuterne foretager selv en elektronisk indberetning af SAM

- Terapeuterne påmindes denne aktivitet hver anden måned af MST Danmarks konsulent.

Outcome:

- Ind- og Udskrivningsskemaer og YLS

- 6, 12 og 18 måneder efter udskrivningen fra MST-SA ringes den unge omsorgsgiver op for at høre hvordan den unge klarer sig. Der skal blot svares ja/nej til tre udsagn.

## **UDDANNELSES- OG KOMPETENCEPROFIL HOS MST-SA-TERAPEUTER**

Terapeuten vil i sit arbejde med MST-SA skulle være indstillet på også at arbejde på engelsk, da konsultationerne og træningen i enkelte tilfælde og sager kan foregå på engelsk, ligesom papirarbejdet i enkelte af MST-SA sagerne skal skrives på engelsk.

Det er et krav, at en terapeut har en relevant uddannelse som psykolog eller som minimum pædagog, socialrådgiver eller lign., at vedkommende er trænet i MST, hvilket tager 5 dage, plus en 1 dags ekstra MST-SA træning. Det er en fordel, at man har erfaring indenfor kognitiv terapi og eller systemisk terapi i familiebehandling. Det er naturligvis også en fordel, hvis man har erfaring med standard MST, så man er fortrolig med den del af behandlingen, inden man begynder med SA-delen, selvom dette dog ikke er et krav.

Hver af terapeuterne arbejder som regel i gennemsnit med en sagsmængde på 4 familier ad gangen og ca. 10 familier om året. Terapeuterne skal arbejde med denne metode på fuld tid, og kan ikke arbejde med andre opgaver, såsom støtte-kontakt funktioner, projektledelse, bagvagt for andre interventioner etc.

## **TEAMET**

MST-SA-behandlingen udføres af et behandlingsteam, der består af 1 vejleder og 3-4 terapeuter. Teamet mødes flere gange ugentligt og sikrer derved en regelmæssig vidensdeling. Således vil enhver af teamets terapeuter kunne blive kontaktet af en familie, som en anden terapeut ellers er primært tilknyttet, og stadig vil denne terapeut besidde et minimum af viden om den specifikke situation. Endvidere gavner det den faglige sparring, når terapeuterne kontinuerligt vurderer egne og hinandens tiltag i fællesskab.

Behandlingsteamet støttes i sit arbejde af en konsulent fra MST Danmark med en særlig ekspertise i be-

handlingsmodellen MST-SA. Støtten leveres via ugentlige Skype eller telefonkonsultationer om samtlige sager i teamet og via løbende ad hoc support. Dette suppleres med kvartalsvise genopfriskningsseminarer af 1-2 dages varighed, hvor udfordringer, teamet møder i sit arbejde med MST-SA, bearbejdes og kliniske færdigheder trænes.

## **VEJLEDER**

Vejlederen har i høj grad en kvalitetssikrings- og ambassadørfunktion i forhold til behandlingsmodellen. Vejlederen yder således ugentlig sagssupervision på alle sager og til hele teamet, sikrer, at centrale behandlingsprincipper overholdes og at nøgledata for behandlingsarbejdet er i overensstemmelse med fastsatte måltal. Herudover varetager vejlederen udvalgte funktioner i forhold til arbejdet med familierne og løser frem for alt opgaver i forhold til de systemer, behandlingsteamet samarbejder med, herunder at sikre visitation, samarbejde med andre afdelinger i forvaltningen om at iværksætte tiltag, der er nødvendige for familien og den unge (fx skoletilbud, fritidsaktiviteter, støttefunktion eller andet). I denne forbindelse fungerer vejlederen også som en central formidler og kommunikator af behandlingsmodellen.

MST konsulenten og Vejlederen arbejder tæt sammen via planlagte og strukturerede samarbejds møder minimum kvartalsvis for at følge op på eventuelle bekymringspunkter, data, terapeuternes faglige udvikling osv. Vejleder får også feedback på lydclip fra Supervision en gang i måneden fra MST Danmarks Konsulent. Dette som led i arbejdet med dennes faglige udvikling.

## **SAMARBEJDSSTRUKTURER**

Alle omgivende, væsentlige systemer omkring den unge er vigtige samarbejdspartnere. Udover skolen, den udvidede familie, og den unges venner og deres forældre, bør der fokuseres på at styrke samarbejdet mellem PPR og Ungdomspsykiatri, Politi etc.

Behandlingens succes er afhængig af, at der sættes ind på flere områder af den unges og familiens liv samtidigt. At økonomiske barrierer overvindes og at ekspertbistand er tilgængelig (Psykiater, B&U-læge, forældreundervisning, og lignende), og at MST terapeuten hele vejen igennem bistår familien i at være koordinerende i alle forhold.

## **TEKNOLOGI OG VÆRKTØJER**

Man er forpligtet til at benytte det amerikanske IT system, som er en webbaseret database kaldet: "Enhanced". Denne database bruges til dokumentation for den omfattende kvalitetssikring som er en afgørende del af MST-SA behandlingen. Ligeledes udfyldes der YLS og MST Danmark skemaer ved ind og ud-

skrivning.

Desuden benyttes i arbejdet med modellen et antal faste skemaer, målrettet de forskellige delelementer i behandlingen. Disse skemaer er oversat til dansk.

## OMKOSTNINGER VED FORLØBET

Et MST-SA team anslås at koste ca. 3.2 mio. kr. om året. Et team på 3 terapeuter vil kunne behandle mellem 25 og 30 unge pr. år. Herved vil et forløb koste ca. mellem 128.000 kr. og 106.000 kr.

## POTENTIALE FOR REPLIKATION

For at kunne arbejde med metoden, er det et krav at man kobles op på MST Danmark, der har licensretighederne fra de amerikanske modelejere, MST Services, og man skal betale licens for brug af metoden. For denne licens modtager man en række ydelser, såsom ugentlig konsulentbistand, jævnlig vejledning og sparring, omfattende baggrundsmateriale, veldokumenterede effekter, konkrete redskaber, etc.

## GENNEMFØRELSE, IMPLEMENTERING OG UDVIKLING AF MST-SA PROGRAMMET

Hvis en kommune har interesse i at starte et MST-SA team, vil der være forskellige overvejelser, der går forud for en ansøgning. MST-SA er en metode med forskellige programkrav og retningslinjer for godkendelse, og det kræver et grundigt forarbejde, for at sikre at kommunen eller organisationen er parat til at implementere et evidensbaseret program med de krav, der stilles. Nedenfor ses de programkrav og retningslinjer, der er en forudsætning for en succesfuld opstart.

<b>MST- målgruppen</b>	
	<p><i>Er det tydeligt for alle i organisationen, hvilken målgruppe, der vil blive henvist til MST-SA?</i></p> <p>Målgruppen til MST-SA er unge med Misbrugsadfærd.</p> <p>Unge i alderen 12-17 år med misbrug eller mistanke om misbrug, vil blive henvist til MST-SA teamet. Der vil blive tale om unge med misbrugsproblemer, og ét eller flere problemer som aggressiv adfærd, skoleproblemer og unge, der stikker af, omgang med antisociale venner og kriminalitet. Det er unge, der bor hjemme eller hvor det planlægges, at den unge skal udskrives fra døgninstitution, familiepleje eller lignende. Der kan eventuel foregå MST-SA behandling hos en plejefamilie, såfremt plejefamilien har den primære omsorg for den unge.</p>

## Økonomisk bæredygtighed for implementering af MST-SA

Programmets gennemførlighed afhænger af, om organisationen kan inddrive alle programmets omkostninger efter projektperioden. En fortjenstmargen bør indgå for at sikre mod uforudsete økonomiske udfordringer.

Budget udarbejdes.

Der er udarbejdet et budget:

## Organisationstilsagn om implementering af MST-SA – fuld tilslutning til modellen

Organisationen vil forpligte sig til at gennemføre MST-SA med fuld tilslutning til modellen og i overensstemmelse med MST-SA's Mål og Retningslinjer.

## Interessenters samarbejde og støtte

Implementeringen er støttet af alle vigtige kommunale nøglepersoner og samarbejdspartnere?

Eks.: Politisk og Administrativt niveau, Myndighedsområdet, Skoleforvaltning, PPR, Misbrugsbehandlinger, Psykiatri, Ungeindsatser, Klubber, Politi m.m. påvist ved fx

- Direkte økonomisk støtte til programmet
- Forpligtelse til henvisninger
- Forpligtelse til aktivt samarbejde og problemløsning.

## Krævet programpraksis

Enig	Nej	Program praksis og karakteristika
		1. MST-SA terapeuterne er fuldtidsansatte i MST-SA teamet
		2. MST-SA terapeuterne har ikke andre opgaver end MST opgaver
		3. MST-SA personalet har tilladelse til at arbejde så fleksibelt som nødvendigt, for at løse MST-SA relevante problemstillinger i familien og systemerne
		4. MST-SA personalet har tilladelse til at bruge egne biler til at transportere klienterne
		5. MST-SA personalet er forsynet med mobiltelefon og nødvendigt IT- udstyr så familier og samarbejdspartnere kan komme i kontakt med dem
		6. MST-SA terapeuter arbejder i team af minimum 2 terapeuter og maksimum 4 terapeuter plus en vejleder
		MST-SA vejleder er tilknyttet MST- teamet som vejleder 100 %. Ved team med 2 terapeuter kan det i en kort overgangsperiode være muligt at give vejleder 1-2 behandlingsopgaver, men det anbefales at vejleder kun har vejleder- relaterede opgaver.

		7. MST-SA vejlederen udfører ugentlig vejledning og supervision, sørger for deltagelse i den ugentlige konsultation, og er tilgængelig 24/7 for terapeuterne i sagsmæssige krisesituationer
		8. MST-SA Caseload må ikke overstige 5 sager og det normale Caseload er 4-5 sager pr. terapeut (4 i gennemsnit)
		9. Den gennemsnitlige behandlingstid er 3-5 måneder
		10. Hver MST-SA terapeut følger fremgang og resultater på hver sag gennem udfærdigelse af ugentlige sagsresuméer og deltagelse i de ugentlige team supervisioner samt den ugentlige konsultation
		11. MST-SA teamet har en vagtordning i teamet, der dækker 24/7 samt under ferie og sygdom
		12. Ledere i organisationen har ansvaret for at sikre det samarbejde, der er nødvendigt mellem de involverede systemer, og sikre at MST-SA teamet kan tage det faglige ansvar for behandlingen og at de faglige beslutninger der er nødvendige for behandlingen bliver fulgt og respekteret – Vejleder er ansvarlig for det daglige systemsamarbejde
		13. MST-SA programmet vil ikke visitere sager, der hører under de i kontrakten beskrevne eksklusions kriterier
		14. Det skal så vidt muligt undgås at henvise til andre foranstaltninger mens MST-SA behandlingen er i gang, medmindre det anbefales af MST-SA terapeuten eller vejlederen, som et led i eller støtte til behandlingen
		15. MST-SA udskrivninger er mere baseret på resultater end på behandlings længde
		16. Henvisning til supplerende indsatser efter udskrivning, vil være omhyggeligt beskrevet og planlagt, og begrænset til det, der er nødvendigt for at fastholde den gode udvikling.
		17. MST-SA personalet skal have deltaget i 5 dages træning senest to måneder efter ansættelse – bedst er det, at de er uddannet inden arbejdet i familierne

## **Anbefalet Programpraksis og Karakteristik**

		18. Det anbefales at MST-SA terapeuter er klinisk uddannet eks. psykolog, men som minimum har en Bacheloruddannelse (Socialrådgiver, Socialpædagog ol.)
		19. Det anbefales at MST-SA vejlederen er klinisk uddannet som fx psykolog, men som minimum har en bacheloruddannelse og har viden og erfaring inden for evidensbaserede metoder som Kognitiv terapi og Strategisk eller Strukturel Systemisk Familierterapi
		20. MST-SA vejlederen har både klinisk og administrativ autoritet over det MST-SA personale de superviserer, er ansvarlig for korrekt visitation, varetager det daglige system-



		samarbejde, samt opdyrker om nødvendigt et relevant kundegrundlag (salg til andre kommuner)
		21. Finansieringen er på plads, og "Mål og Retningslinjer" er på plads inden opstart, og de samarbejdende systemer er bekendt og indforstået med disse.
		22. Aftalen med MST Danmark om indsamling af dokumentation og Outcome data er på plads
		23. Der er aftalt et rådighedsbeløb til terapeuterne (eks. 500 kr.) til brug i arbejdet med familierne (engagementsarbejde, engangshjælp ol.)  Ligeledes er der afsat økonomi til de tests, der er obligatoriske i MST-SA behandlingen
		24. Der laves resultatfokuserede udviklingsplaner med MST-SA terapeuterne, og de tilføres den nødvendige efteruddannelse