



BARNAVERNDARSTOFA



MARKMIÐ OG LEIÐBEININGAR FYRIR FJÖLKERFAMEÐFERÐ (MST)

(önnur útgáfa, desember 2014)

**Landsmarkmið, umsóknarviðmið,
meðferðarmarkmið í hverju máli,
viðmið fyrir lok meðferðar og mat á árangri**

EFNISYFIRLIT

I. Framkvæmd og skipulag MST

- A. Markhópur
- B. Landsmarkmið (heildarmarkmið)
- C. Umsóknarviðmið
 - 1. Þættir sem skulu vera til staðar fyrir umsókn eða þegar ný áætlun um meðferð máls skv. 23. gr. bvl. getur komið í stað umsóknar
 - 2. Þættir sem útiloka umsókn
- D. Umfjöllun umsókna
 - 1. Umsókn
 - 2. Samningur
 - 3. Upplýsingar um aðgengi og áætlaðan biðtíma

II. Almennar leiðbeiningar um MST

- A. Almenn skilgreining á markmiðum meðferðar
- B. Yfirmarkmið MST í einstaka málum
 - 1. Skilgreining á yfirmarkmiði
 - 2. Yfirmarkmið skulu ávallt vera í takt við landsmarkmið
- C. Viðmið fyrir meðferðarlengd
 - 1. Hefðbundin lengd meðferðar
 - 2. Framlenging meðferðar
- D. Viðmið fyrir lok meðferðar
- E. Mat á árangri í hverju máli í lok meðferðar
- F. Miðlun upplýsinga um árangur meðferðar til umsóknaraðila
- G. Reglur vegna meðferðarskýrslna

I. Framkvæmd og skipulag MST

A. Markhópur

Börn sem hafa náð 12 ára aldri og eru yngri en 18 ára og glíma við alvarlegan hegðunarvanda og að óbreyttu kæmi til vistunar utan heimilis vegna þess að önnur stuðningsúrræði samkvæmt ákvæðum barnaverndarlaga hafa ekki skilað árangri eða eru talin ófullnægjandi. Hegðunarvandinn kemur fram á flestum eða öllum eftirtöldum sviðum:

- Afskiptum lögreglu, afbrotum eða refsiverðri hegðun
- Skrópum í skóla eða verulegum skólaerfiðleikum
- Líkamlegu ofbeldi gegn öðrum á heimili, nærumhverfi eða í skóla
- Ofbeldisfullum talsmáta eða hótunum um að skaða aðra
- Vímuefnanotkun eða misnotkun áfengis

B. Landsmarkmið (heildarmarkmið)

1. Fjöldi í meðferð

- Hver þerapisti þjónustar um það bil 10 fjölskyldur á ári.
Upplýsingar: Gagnagrunnur Barnaverndarstofu og MST teymis.
Ábyrgur fyrir söfnun upplýsinga: MST-starfsmaður Barnaverndarstofu.

2. Barn býr heima eða í öðrum viðurkenndum heimilisaðstæðum

Viðmið

- Barn býr hjá foreldri/foreldrum/forsjáraðilum¹ sem tóku þátt í MST meðferðinni eða í öðrum viðurkenndum aðstæðum sem þó teljast ekki til vistunar utan heimilis samkvæmt ákvæðum barnaverndarlaga.

Upplýsingar og mælipunktur

- Við upphaf og lok meðferðar: Umsóknargögn og upplýsingar MST teymis.
- 6, 12 og 18 mánuðum eftir að meðferð lýkur: Upplýsingar foreldra og ef þörf krefur upplýsingar Barnaverndarstofu / barnaverndarnefndar um vistun utan heimilis.

Ábyrgur fyrir söfnun upplýsinga: MST-starfsmaður Barnaverndarstofu.

3. Er í skóla eða vinnu

Viðmið:

- Barn stundar skóla, skrópar ekki eða heldur sig innan reglna skólans um fjarvistir eða barn er í starfstengdu námi með eða í stað skóla. Ef skólaskyldu er lokið og barn stundar ekki skóla, stundar það að minnsta kosti 20 klukkustunda launaða vinnu á viku.

Upplýsingar og mælipunktur:

- Við upphaf og lok meðferðar: Umsóknargögn og upplýsingar MST teymis.

¹ Hér eftir nefnt foreldrar

- 6, 12 og 18 mánuðum eftir að meðferð lýkur: Upplýsingar foreldra og eftir atvikum samstarfsaðila í viðkomandi skóla.

Ábyrgur fyrir söfnun upplýsinga: MST-starfsmaður Barnaverndarstofu.

4. *Kemst ekki í kast við lögin*

Viðmið:

- Engin afbrot eða önnur refsiverð hegðun barns samkvæmt upplýsingum foreldra og samkvæmt dagbók lögreglu eða lögregluskýrslu.

Upplýsingar og mælipunktur:

- Við upphaf og lok meðferðar: Umsóknargögn og upplýsingar MST teymis.
- 6, 12 og 18 mánuðum eftir að meðferð lýkur: Upplýsingar foreldra og upplýsingar lögreglu.

Ábyrgur fyrir söfnun upplýsinga: MST-starfsmaður Barnaverndarstofu.

5. *(Mis)notar ekki vímuefni*

Viðmið:

- Barn misnotar ekki áfengi og notar ekki ólögleg vímuefni eða aðra vímuefni.

Upplýsingar og mælipunktur:

- Við upphaf og lok meðferðar: Umsóknargögn og upplýsingar MST teymis.
- 6, 12 og 18 mánuðum eftir að meðferð lýkur: Upplýsingar foreldra.

Ábyrgur fyrir söfnun upplýsinga: MST-starfsmaður Barnaverndarstofu.

6. *Beitir ekki líkamlegu ofbeldi eða hótunum um ofbeldi*

Viðmið:

- Barn beitir ekki líkamlegu ofbeldi eða hótunum um að skaða aðra.

Upplýsingar og mælipunktur:

- Við upphaf og lok meðferðar: Umsóknargögn og upplýsingar MST teymis.
- 6, 12 og 18 mánuðum eftir að meðferð lýkur: Upplýsingar foreldra og eftir atvikum samstarfsaðila í viðkomandi skóla.

Ábyrgur fyrir söfnun upplýsinga: MST-starfsmaður Barnaverndarstofu.

C. Umsóknarviðmið

1. Þættir sem skulu vera til staðar fyrir umsókn eða þegar

ný áætlun um meðferð máls skv. 23. gr. bvl. getur komið í stað umsóknar

- Við mat á umsóknum er horft til skilyrða markhópsins (sjá kafla I.A) og þurfa jafnan flest skilyrðin að vera uppfyllt. Einnig þurfa foreldrar að vera samþykkir því að taka þátt í MST-meðferðinni. Starfsmenn barnaverndarnefnda geta leitað ráðgjafar MST teymisstjóra, t.d. með símtali, um það hvort MST er talið henta skjólstaðingi eða hvernig megi hvetja foreldra til þátttöku í MST.
- MST getur átt við í framhaldi af meðferð á Stuðlum eða á meðferðarheimili, svo fremi sem það er niðurstaða barnaverndarnefndar eftir samráð við foreldra og MST teymisstjóra. MST er í slíkum tilvikum ekki hugsað sem eftirmeðferð heldur sem áframhaldandi meðferð í nærumhverfi eftir að vistun utan heimilis lýkur. Slík ráðstöfum getur þjónað hagsmunum barns betur en aðrar leiðir og gæti jafnframt leitt til styttri vistunartíma sem er þó ekki skilyrði. Nauðsynlegt er að slíkt samráð fari fram meðan barnið er í vistun, svo MST geti hafist amk tveimur vikum áður en

barnið útskrifast heim og foreldrar séu þannig vel undirbúin. Því er mikilvægt að meðferðaraðilar og barnaverndarstarfsmaður skoði tímanlega með foreldrum hvort MST eigi við sem áframhaldandi meðferð og beri það undir MST teymisstjóra sem getur tekið þátt í samráðsfundi á meðferðarheimilinu. Ef niðurstaðan er að MST eigi við þá þarf ekki að gera sérstaka umsókn heldur er nægilegt að starfsmaður barnaverndarnefndar geri nýja áætlun um meðferð máls með foreldrum, og eftir atvikum barni, sem kveður á um markmið MST meðferðar. Barnaverndarnefnd getur að sjálfsögðu sótt um MST eftir að barn er útskrifað en þá þarf að gera það með hefðbundinni umsókn.

2. Þættir sem útiloka umsókn

- a. Börn sem búa annars staðar en hjá foreldrum eða aðilum sem foreldrar hafa falið umsjá barnsins.
- b. Börn sem eru í tímabundnu eða styrktu fóstri eða eru vistuð í úrræði samkvæmt ákvæðum barnaverndarlaga, nema að fyrirsjáanlegt þyki að mati barnaverndarnefndar að fósturheimilið muni verða varanlegur dvalarstaður barnsins eða að um sé að ræða ráðstöfun eins og lýst er b lið í kafla C1 hér að ofan.
- c. Börn sem sýna alvarlega sjálfskaðandi hegðun, eru í sjálfvígshættu, sýna geðrofseinkenni eða eru talin hættuleg öðrum, sjá nánar bls 11.
- d. Börn sem beita kynferðislegu ofbeldi og annar hegðunarvandi eða afbrotahegðun er ekki til staðar. Sjá nánar bls 13.
- e. Börn með gagntæka þroskaröskun (alvarlegar raskanir á einhverfurófi). Sjá nánar bls. 14.
- f. Ef óljóst þykir hvort vandi barns stafar eingöngu af ástæðum sem getið er í liðum c. d. og e., og að öryggi barns eða annarra á heimilinu er ekki talið ógnað, skal hvert tilvik fyrir sig metið með MST teymisstjóra með tilliti til þess hvort MST meðferðin er talin líkleg til árangurs.

D. Umfjöllun umsókna

1. Umsókn

Einungis barnaverndarnefndir geta sótt um MST til BVS. Starfsmenn barnaverndarnefndar geta leitað ráðgjafar MST teymisstjóra um það hvort MST er talið henta skjólstæðingi. Barnaverndarnefnd sem sækir um MST upplýsir foreldra og barn um meðferðina og þær reglur sem gilda um meðferðina, einkum að hún fari fram á heimili fjölskyldunnar meðan barnið býr heima.

- a. Eftir að umsókn um MST hefur verið send til BVS sem telst uppfylla umsóknarviðmið, þá fer MST teymisstjóri ásamt starfsmanni barnaverndarnefndar á heimili viðkomandi barns, ræðir við foreldra um skilyrði fyrir þátttöku, kynnrir þeim samning um MST og metur forsendur þeirra til meðferðar. Mat MST-teymisstjóra á forsendum foreldra liggur síðan til grundvallar um það hvort umsókn um MST skuli samþykkt af BVS. Gera skal viðkomandi barnaverndarnefnd grein fyrir því eins fljótt og auðið er hvort umsókn er samþykkt og hvenær meðferð getur hafist.

2. Samningur

- a. Þegar umsókn hefur verið samþykkt úthlutar MST teymisstjóri máli til MST þerapista í teyminu. Þerapistinn gengur frá skriflegum samningi um MST við foreldra barns þar sem m.a. kemur fram:
 - að þerapisti hafi leyfi til að afla upplýsinga um barnið og eftir atvikum foreldra frá öllum þeim aðilum sem skipta máli fyrir meðferðina,
 - að foreldrar svari spurningum af matslista um frammistöðu þerapista (Therapist Adherence Measure) sem spurðar eru af MST starfsmanni Barnaverndarstofu í síma tveimur vikum eftir að meðferð hefst og síðan á fjögurra vikna fresti meðan á meðferðinni stendur,
 - að foreldrar veiti starfsmanni Barnaverndarstofu upplýsingar í síma um árangur af meðferðinni 6, 12 og 18 mánuðum eftir að henni lýkur,
 - að foreldrar veiti starfsmanni Barnaverndarstofu leyfi til að afla upplýsinga frá barnaverndarnefnd, skóla barns og lögreglu um árangur meðferðar 6, 12 og 18 mánuðum eftir að henni lýkur
 - að upplýsingar um árangur eftir að MST er lokið þjóni einungis þeim tilgangi að kanna hvort landsmarkmiðin eru uppfyllt, að þær séu ekki persónugreinanlegar, þjóni ekki hlutverki ráðgjafarsamtals og leiði ekki til endurskilgreiningar á meðferðarþörf viðkomandi fjölskyldu eða endurupptöku máls.

Þerapisti kynnir barni samning um MST og leitast við að fá barnið til að samþykkja hann.

- b. Þerapistinn skal hafa samráð við starfsmann barnaverndarnefndar eins oft og þurfa þykir en þó ekki sjaldnar en á tveggja vikna fresti. Halda skal stöðufund á miðju meðferðartímabili með fjölskyldu, barnaverndarstarfsmanni, þerapista og teymisstjóra. Halda skal fund í lok meðferðar með sömu aðilum þar sem fjallað eru um niðurstöður úr meðferðinni. Á útskriftarfundum skal lokaskýrsla þerapista liggja fyrir sem fer yfir hana með þeim sem eru viðstaddir.
- c. Ef teymisstjóri metur það svo meðan á meðferð stendur að forsendur foreldra til að taka þátt í MST séu ekki lengur fyrir hendi, foreldrar treysti sér ekki til eða vilji ekki lengur nýta sér meðferðina eða árangur þykir ekki viðunandi þá skal hætta MST og greina viðkomandi barnaverndarnefnd frá því.

3. Upplýsingar um aðgengi og áætlaðan biðtíma

Ef útlit er fyrir bið eftir MST eða ef biðlisti hefur myndast skal teymisstjóri gefa starfsmönnum barnaverndarnefnda upplýsingar um aðgengi að MST meðferðarplássum. Til að geta gert grein fyrir áætluðum biðtíma eftir meðferðarplássum skal teymisstjóri gera vikulegt yfirliti um:

- a. Mál þar sem flest yfirmarkmiðin eru uppfyllt
- b. Mál þar sem forsendur foreldra til að taka þátt í MST þykja ekki lengur fyrir hendi eða árangur skilar sér ekki lengur í samræmi við inngrípið.

- c. Mál sem hafa verið til meðferðar í 90 daga.
- d. Mál sem hafa verið til meðferðar í 120 daga.

II. Almennar leiðbeiningar um MST

A. Almenn skilgreining á markmiðum meðferðar

1. Að yfirstíga eða draga verulega úr alvarleika og tíðni þeirra hegðunarerfiðleika sem voru ástæða umsóknar um meðferðina.
2. Að efla og endurheimta hæfni, bjargráð og sjálfstæði foreldra til að takast á við uppeldi barns og að efla bjargráð barns í að takast á við aðsteðjandi vandamál í samskiptum við foreldra, félagahóp, skóla og í nærumhverfi.

B. Yfirmarkmið MST í einstaka málum

1. Skilgreining á yfirmarkmiði

Yfirmarkmið gilda sem endanlegt viðmið þess hvort markmiðum meðferðar er náð. Yfirmarkmið skulu

- a. vísa beint í þá hegðun sem var ástæða umsóknar og meðferðin beinist að,
- b. taka til óska foreldra og annarra lykilþátttakenda um árangur meðferðarinnar, og
- c. vera skilgreind og rituð á hlutlægan hátt þannig að utanaðkomandi áhorfandi geti staðfest hvort þeim er náð eða ekki.

2. Yfirmarkmið skulu ávallt vera í takt við landsmarkmið

MST þerapistar og teymisstjórar skulu tryggja að yfirmarkmið í hverju einstaka máli séu sett í samræmi við landsmarkmiðin. Þeir skulu gera ráð fyrir framlagi barnaverndarstarfsmanns sem sækir um meðferðina svo að markmið barnaverndarinnar endurspeglar í yfirmarkmiðum í hverju einstaka máli. Til að svo megi vera þarf hver þerapisti að kunna full skil á landsmarkmiðum (kafla I.B) og umsóknarreglum (kafla I.C).

C. Viðmið fyrir lengd meðferðar

1. Hefðbundin lengd meðferðar

- a. Meðferðin skal að öllu jöfnu vara 3-5 mánuði. Frá fyrsta fundi hefur þerapistinn lok meðferðar í sjónmáli með því að setja yfirmarkmið með skýrum viðmiðum um árangur og með því að skilgreina meðferðarinnngrip sem, að eins miklu leiti og hægt er, eru framkvæmd af fjölskyldumeðlimum og öðrum lykilþátttakendum.
- b. Ákvarðanir um lok meðferðar miðast við að yfirmarkmið séu uppfyllt. Ljúka skal meðferðinni ef:
 - yfirmarkmið eru uppfyllt og sá árangur helst stöðugur yfir 3-4 vikna tímabil, á hvaða tímapunkti sem er í meðferðinni, eða ef

- yfirmarkmið eru ekki uppfyllt en komið er að tímamarki í meðferðinni þar sem árangur telst ekki lengur viðunandi með hliðsjón af þeim meðferðarinnngripum sem reynd hafa verið.

2. Framlenging meðferðar

Þættir sem skulu hafðir til hliðsjónar við ákvörðun um framlengingu MST:

- a. Hvaða þarfir eru taldar vera til staðar hjá viðkomandi barni og fjölskyldu?
- b. Hversu góð er samvinnan við fjölskylduna í meðferðinni og hvaða leiðir eru færar til að bæta hana?
- c. Hversu miklu þarf þerapistinn að bæta við af tíma og starfskröftum til að þoka málum í átt að yfirmarkmiðum?
- d. Hvað þykir benda til þess að framlenging meðferðar skili betri árangri?

D. Viðmið fyrir lok meðferðar

Ákvörðun um að ljúka MST er byggð á upplýsingum frá mismunandi aðilum (svo sem börnunum sjálfum, foreldrum, skóla osfv.) þar sem eftirfarandi er metið:

1. yfirmarkmið teljast uppfyllt og árangur helst stöðugur,
2. barnið stríðir ekki við jafn alvarleg hegðunarvandamál og áður og fjölskyldunni hefur tekist að takast á við aðsteðjandi vandamál að minnsta kosti s.l. 3-4 vikur,
3. barnið sýnir martækar framfarir í skóla eða vinnu,
4. barnið umgengst æskilegan félagahóp og er að litlu eða engu leiti í tygjum við einstaklinga í vanda,
5. þerapistinn og teymisstjórinn telja að foreldrar hafi þekkingu, hæfni, bjargráð og nægan stuðning til að takast á við vandamál sem kunna að koma upp síðar.

Lok meðferðar má einnig miða við að einungis fáum yfirmarkmiðum sé náð en komið er að tímamarki í meðferðinni þar sem árangur fer minnkandi og er ekki lengur í samræmi ítarleika inngrípsins, þrátt fyrir stöðuga viðleitni þerapista og teymisstjóra til að yfirvinna hindranir.

E. Mat á árangri í hverju máli í lok meðferðar

1. Lok máls

Þegar ákveðið er að loka máli metur MST teymið stöðu þess á þremur sviðum útfrá: (a) framvindu málsins, (b) áhrifaþáttum í árangri (instrumental outcomes) og (c) endanlegum eða raunverulegum niðurstöðum (ultimate outcomes).

Athugið að eftirfarandi atriði í liðum a-c eru einnig notuð vegna skráningar í gagnagrunn MST-Services og vísa að hluta til í aðstæður sem geta verið mismunandi milli landa. Þess vegna eru atriði í a-lið um framvindu máls sem sum gætu þótt eiga sjaldnar við hér á landi. Í c-lið um endanlegar niðurstöður eru einungis fyrstu þrjú atriðin/markmiðin skráð í gagnagrunn MST-Services.

a. Framvinda máls (veljið viðeigandi atriði):

- Já Nei Lauk meðferð: Barnið lauk meðferð á grundvelli sameiginlegrar niðurstöðu foreldra og MST teymis.
- Já Nei Skortur á samvinnu: Ákvörðun um að hætta meðferðinni var tekin vegna þess að MST teyminu tókst ekki að fá fjölskylduna til samvinnu, þrátt fyrir stöðuga viðleitni þerapistans til að koma til móts við þarfir fjölskyldunnar og fá hana til samvinnu.
- Já Nei Vistun: Barnið var vistað utan heimilis/dvaldist utan heimilis (t.d. vegna meðferðar á stofnun) í það langan tíma að MST var hætt.
- Já Nei Vistun áður en meðferð hófst: Barnið var vistað utan heimilis/dvaldist utan heimilis (t.d. vegna meðferðar á stofnun) vegna aðstæðna/atburða sem áttu við/áttu sér stað áður en MST hófst.
- Já Nei Meðferð hætt af hálfu meðferðaraðila: MST meðferðaraðilar hættu meðferð barnsins vegna aðstæðna í þeirra eigin skipulagi sem höfðu ekki með framvindu meðferðar að gera.
- Já Nei Meðferð hætt af hálfu umsóknaraðila: Umsóknaraðilar ákváðu að MST yrði hætt vegna aðstæðna í þeirra eigin skipulagi sem höfðu ekki með framvindu meðferðar að gera.
- Já Nei Flutningur: Fjölskyldan flutti burt af MST þjónustusvæðinu.

b. Áhrifapættir í árangri (veljið viðeigandi atriði):

- Já Nei Þerapisti og teymisstjóri sjá merki þess að foreldrar hafi bætt færni sína til að takast á við aðsteðjandi vandamál.
- Já Nei Það eru merki um bætt samskipti og tengsl fjölskyldumeðlima á sviðum í undirkerfum fjölskyldunnar sem voru orsakavaldar [e: drivers] fyrir þeirri hegðun barnsins sem var til meðferðar.
- Já Nei Fjölskyldan hefur eftt tengslanet sitt og aðgengi að óformlegum félagslegum stuðningi í umhverfi sínu og sýnir aukna hæfni í að nálgast þann stuðning (óformlegan eða formlegan) sem hún þarf.
- Já Nei Barnið sýnir marktækar framfarir í að takast á við skóla eða vinnu.
- Já Nei Barnið umgengst æskilegan félagahóp, tekur þátt í félagsvænum athöfnun og samskipti við einstaklinga í vanda eru í lágmarki.
- Já Nei Breytingar hafa orðið á hegðun barnsins og í þeim kerfum sem höfðu áhrif á vandann og hefur sá árangur haldist stöðugur undanfarnar 3-4 vikur.

c. Endanlegar niðurstöður (veljið viðeigandi atriði):

- Já Nei Barnið býr heima.
- Já Nei Barnið er í skóla eða vinnu.
- Já Nei Barnið hefur ekki komist í kast við lögin.
- Já Nei Barnið (mis)notar ekki vímuefni.
- Já Nei Barnið beitir ekki líkamlegu ofbeldi eða hótunum um ofbeldi.

2. Mat á langtímaárangri

Sjá kafla I.B hér að framan um landsmarkmið.

F. Miðlum upplýsinga um árangur meðferðar til umsóknaraðila

Þegar upplýsingum um meðferðina er skilað til umsóknaraðila ber MST starfsfólkinu að orða þær skilgreiningar sem notaðar eru í árangursmati í hverju einstöku máli yfir í orðalagið sem notað er við skilgreiningu og mat landsmarkmiða.

Sem sagt: Allar skýrslur um niðurstöður meðferðar skulu settar upp með tilliti til MST landsmarkmiða sem fjallað eru um í kafla I.B hér að framan.

G. Reglur vegna meðferðarskýrsla við lok meðferðar

Í lok MST- er lokaskýrsla afhent viðkomandi foreldrum og barnaverndarnefnd. Lokaskýrsla MST, undirrituð af viðkomandi þerapista og teymisstjóra, skal liggja fyrir á útskriftarfundum þar sem farið er yfir hana með foreldrum, barni og barnaverndarstarfsmanni. Í lokaskýrslu skal eftirfarandi koma fram:

- Ástæða umsóknar um meðferð
- Yfirmarkmið MST meðferðar
- Mat á því hvort markmiðum er náð
- Samantekt meðferðartímabils
- Ástæður þess að meðferð er lokið
- Ráðleggingar um frekari aðgerðir og eftirfylgd
 - i. Aðgerðir af hálfu foreldra
 - ii. Aðgerðir af hálfu annarra aðila

MST Referral Guidelines Regarding Youths with Co-Morbid Psychiatric Problems

The decision to implement the MST treatment model with a given population should be informed by empirical data concerning the effectiveness of MST with the target population. While substantial data from 8 randomized clinical trials involving more than 1000 families supports the use of MST with youths in the juvenile justice system exhibiting serious criminal behavior, the development of MST to serve youths at risk of out of home placement due to serious psychiatric impairment is a work in progress. To date, only one large randomized trial and one small pilot randomized study support the use of an enhanced version of MST for youth presenting primarily psychiatric problems. Both data and clinical experience obtained in these trials have led to substantial modifications of the MST treatment model when it is to be used with these youths and their families. These modifications include the incorporation of psychiatrists, and crisis caseworkers into the team, additional respite placement resources and substantial additions to the training, supervision and quality assurance protocols. Findings from these studies suggest that routine MST teams are not equipped with the adequate resources and training required to treat youths presenting primarily with serious psychiatric difficulties.

Thus, while MST is appropriate for youths presenting primarily with behavioral problems that may have mild to moderate co-morbid psychiatric problems, those youths whose psychiatric problems are the primary reason leading to referral, or who have severe and serious psychiatric problems should be excluded from routine MST teams.

Examples of youth characteristics that indicate a referral is inappropriate for a routine MST team:

- ◆ Actively psychotic (unless temporary and due to drug use)
- ◆ Diagnosed with schizophrenia
- ◆ Actively suicidal or recent attempt
- ◆ Actively homicidal

In some cases, it is possible that a youth will be inappropriate for referral due to psychiatric problems that are not as obvious or clear as the above characteristics, such as youth accurately diagnosed with bi-polar disorder, or youth taking antipsychotic medications. Determination of whether these youth are appropriate for MST requires a thorough evaluation of the relevant factors by the MST team, often in collaboration with their MST expert. In particular, the team should assess the degree to which psychiatric, biologically-based factors are the primary reasons for the youth's behavior problems, as opposed to "willful misconduct," the degree to which active management of the psychiatric condition and/or medications is needed, and the degree to which extensive safety interventions are likely to be needed. The team should also do their best to ensure that the psychiatric diagnosis is well documented and based on a thorough assessment.

These criteria have been selected as "red flags," or potential "red flags," because they signal the need for MST teams to have access to increased clinical resources to safely and adequately treat youths with serious mental health problems. These resources include access to a psychiatrist who is trained in the MST model and integrated into the clinical team as well as additional trainings in safety interventions and increased supervisory and clinical support. Based on the clinical trials of MST with youths experiencing serious psychiatric symptoms, substantial amounts of ongoing supplemental trainings and services are needed before MST teams can adequately serve these youths. Thus, routine MST teams should not accept youths

presenting primarily with psychiatric (rather than behavioral) problems or youths with serious psychiatric problems as outlined above. While many youth with externalizing symptoms and antisocial behavior may also occasionally present with psychiatric problems, the bulk of the behaviors for which the youth is being referred should be antisocial or externalizing in nature placing them at risk of a juvenile justice placement. Two examples are given to clarify this point.

Example of an appropriate referral. TL is a 16-year-old female with a history of depression, past suicidal ideation and past suicide attempt who was hospitalized for an overdose 2 years prior to the current referral. She was referred by the juvenile courts for shoplifting, truancy and runaway behavior. She is not currently suicidal and has had no suicide attempts since the hospitalization.

Example of an inappropriate referral. JM is a 15-year-old male referred by the juvenile courts for domestic violence. He is currently trying to harm his mother and himself. He has ongoing suicidal ideation and has been diagnosed with bipolar affective disorder. He is intermittently homicidal toward family members. He has experienced these problems periodically for the past 2 years.

MST Referral Guidelines Regarding Sex Offending Behavior (a.k.a. Problem Sexual Behavior)

The decision to implement the MST model with a given population should be informed by empirical data about the effectiveness of the model with the target population. Treatments for juvenile sex offenders are rapidly proliferating in the absence of data supporting their effectiveness. The only randomized trial of juvenile sex offender treatment in the research literature is a study of MST. While results were encouraging, the small sample size limits the strength and generalizability of the results. A variety of state and federal agencies have expressed interest in funding a larger study of the effectiveness of MST with juvenile sex offenders, but the funding has not yet been obtained. Thus, until further studies of the effectiveness of MST with this population are underway, referrals should focus on youth with primarily antisocial and other externalizing behaviors, since these are the only populations to date on which the model has been validated. (See MST Goals and Guidelines document for more detail about referral criteria). To maximize the effectiveness of your program, it is strongly recommended that MST programs do not accept referrals for primarily sex offending behaviors. On the other hand, youth who have previously engaged in sexualized behavior can be accepted into an MST program, as long as the sex offending behavior is not the primary reason for referral. Below are two examples that serve to clarify appropriate versus inappropriate referrals into an MST program.

Example of referral of youth with sex offending behaviors that may be appropriate. A 16-year-old male has a history of criminal charges for shoplifting and breaking and entering. He is chronically truant from school, and there is a strong suspicion that he abuses marijuana and alcohol. There are also two reported incidents of inappropriate sexual behaviors by this youth, including touching the breasts of a classmate, and attempting to force sexual relations with the younger sister of a neighborhood peer. These two incidents occurred in close proximity to one another and there have been no further allegations for the past year.

Example of an inappropriate referral of a youth with sex offending behaviors. A 15-year-old male has just been charged with a third sexual offense, molesting a 4-year-old neighbor. This youth has a history of two similar offenses with other children in the past year. The youth has no other reported behavior problems. He attends school regularly and functions at grade level; he has only been involved with the courts for allegations of sexual misconduct. The referral indicates there are reports of verbal conflict between parents and the youth and within the marital dyad.

MST Referral Guidelines Regarding Youth with Pervasive Developmental Delays

The decision to implement the MST treatment model with a given population should be informed by empirical data about the effectiveness of MST with the target population. Currently, the MST treatment model has **not** been empirically evaluated for youths diagnosed with Pervasive Developmental Delays (including Asperger's and other autistic spectrum disorders). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) defines PDD as follows:

“Pervasive Developmental Disorders are characterized by a severe and pervasive impairment in several areas of development: reciprocal interaction skills, communication skills, or the presence of stereotyped behavior, interests and activities. The qualitative impairments that define these conditions are distinctly deviant relative to the individual’s developmental level or mental age.” Diagnoses included in this group of disorders include Autistic Disorder, Rett’s Disorder, Childhood Disintegrative Disorder, Asperger’s Disorder, and Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified. As a group, these youths exhibit significant functional impairments in their ability to communicate and interact with others socially.”

Youths with PDD have **not** been included in clinical trials of MST for youths in the juvenile justice system and have been actively **excluded** from studies of MST for youths with severe emotional disturbances and mental health problems. Youths with PDD have been excluded from MST clinical trials due both to the biological nature of their problems and to the different treatment approaches required to address their symptoms. While substantial clinical expertise and evidence-based practices are currently being developed nationally to address the needs of youths with autism spectrum disorders; this expertise does not reside within the resources available to MST Services or the Family Services Research Center. Early findings from research pioneers in the field would suggest that the techniques and strategies required to modify the behaviors and treat the symptoms of youths with PDD may actually **differ significantly** from the types of evidence-based strategies employed by MST teams to effect behavioral changes in youths with conduct and behavioral problems. In summary, youths accurately diagnosed with PDD should almost always be **excluded** from MST teams due to the fact that they may respond poorly or in adverse ways to some of the routine behavioral and parenting interventions employed by MST teams. Importantly, the expertise to treat this problem, which is biological in nature and differs substantially from “willful misconduct”, does not exist within the resources currently available to MST teams. Youths who have been inappropriately diagnosed, or who present with mildly delayed communication and social interaction difficulties may qualify for referral assuming that the focus of treatment concerns youth conduct disorder symptoms.

Example of an appropriate referral. MA is a 16 year-old-male who has been diagnosed with “mild” Asperger’s Disorder. MA was recently referred to MST because of charges of burglary and shoplifting. Due to difficulty relating to youths his age, MA has been hanging out with a group of 13 year-old-males who seem to be the instigators of the recent burglary and shoplifting. MA told his mother that he went along with the plans because he was afraid he would lose his friends. His mother states that he has recently shown some

success in being able to interact with other youths but is more comfortable with younger children.

Example of an inappropriate referral. AM is a 13-year-old male who has been diagnosed with Asperger's Disorder. He has shown significant difficulty in relating to other youths at school. His teacher reports that he does not seem to understand how to play with others, avoids contact with classmates, and becomes disruptive or aggressive when in unavoidable proximity to other youths or having to wait. His classmates view AM as odd, and he is frequently teased and bullied. As a result, he has been refusing to attend school. His mother has been trying to force AM to attend school which has increased his anxiety and resulted in AM using physical aggression to resist his mother's efforts. Consequences for this behavior have not been effective and seem to increase his aggression. During a recent morning when his mother tried to get AM to go to school, he became extremely aggressive and assaulted his mother. He was subsequently arrested for domestic violence.