

Anhang I

Frühe Hilfen für Schwangere und „junge“ Familien im Kreis Coesfeld – Hebammen im Familieneinsatz

Evaluations- und Dokumentationsbogen zur

- a) Identifizierung der Zielgruppe im Hebammenprojekt,
- b) zur Erfassung der Tätigkeiten der Hebamme,
- c) Zuordnung von Kooperationskontakten im Rahmen der Betreuung und
- d) zur Erfassung der Ergebnisse der Betreuung. (Stand: Juli 2009)

Beginn der Betreuung: _____ (Angabe von Monat/Jahr)

Aktuelle Situation bei Beginn der Betreuung

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|----------------|
| Schwangerschaftswoche | <input type="text"/> | Zahl eintragen |
| Woche im Wochenbett | <input type="text"/> | |
| Spätbetreuung: Lebensmonat des Kindes | <input type="text"/> | |

I. Angaben zur Klientin

1 Alter der Klientin

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| unter 18 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 18 bis unter 21 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 21 bis unter 27 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 27 Jahre | <input type="checkbox"/> |

2 Lebenssituation

| | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| allein stehend | <input type="checkbox"/> | zum Zeitpunkt der Betreuung | <input type="checkbox"/> | Veränderungen während der Betreuung |
| mit dem Kindesvater lebend | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| mit neuem Partner lebend | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| mit weiteren Kindern im Haushalt lebend | ja <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | nein <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

bei ja: Anzahl der weiteren Kinder

Alter der weiteren Kinder 1. 2. 3. 4. Zahl angeben

3 Ausbildungs- und Erwerbsstatus

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| in Schule | <input type="checkbox"/> | Schulform: _____ (Nennung) |
| in Ausbildung/in Qualifizierung | <input type="checkbox"/> | |
| berufstätig (in Vollzeit-/Teilzeitarbeit) | <input type="checkbox"/> | |
| unregelmäßig erwerbstätig (z.B. Aushilftätigkeit) | <input type="checkbox"/> | |
| arbeitslos | <input type="checkbox"/> | |
| Empfängerin von Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> | |
| Hausfrau (über Lebenspartner finanziert) | <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ (Nennungen) |

4 Migrationshintergrund

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | |
|------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |

II. Familiäre Situation der Klientin

im Folgenden nur ankreuzen, was in diesem Fall zutrifft. **Mehrfachnennungen sind möglich.**

1 Kontakte/Unterstützung im sozialen Umfeld

| | eingeschränkt vorhanden | nicht vorhanden |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Partner (bzw. Kindesvater) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familienangehörige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachbarn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitskolleg/innen/en | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fehlende Unterstützung/ soziale Isolation

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zutreffendes bitte ankreuzen

2 Materielle Situation und Ausstattung

| | Zutreffendes bitte ankreuzen |
|--|------------------------------|
| Lohn/Gehalt | <input type="checkbox"/> |
| Kindesunterhalt | <input type="checkbox"/> |
| niedriges Einkommen | <input type="checkbox"/> |
| Leistungen nach SGB II (Arbeitslosen-/Sozialhilfe) | <input type="checkbox"/> |
| ohne Einkommen | <input type="checkbox"/> |
| Schulden | <input type="checkbox"/> |
| unzureichende Säuglingsausstattung | <input type="checkbox"/> |

3 Wohnsituation

| | |
|---|--------------------------|
| bei den Eltern wohnend | <input type="checkbox"/> |
| beengte Wohnverhältnisse <small>(Größe der Wohnung bemessen an der Anzahl der dort wohnenden Familienmitglieder)</small> | <input type="checkbox"/> |
| kein Kinderzimmer für den Säugling/das Kleinkind | <input type="checkbox"/> |

4 Persönliche Ressourcen

| | |
|--|--------------------------|
| Analphabetin | <input type="checkbox"/> |
| niedriger IQ | <input type="checkbox"/> |
| unzureichende/s Kenntnisse/Wissen über | |
| die Aufgaben als Eltern | <input type="checkbox"/> |
| über Grundbedürfnisse von Säuglingen | <input type="checkbox"/> |
| über die Zubereitung von Nahrung | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

und zwar: _____
(Nennungen)

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Hilflosigkeit | <input type="checkbox"/> |
| Unerfahrenheit | <input type="checkbox"/> |
| keine deutschen Sprachkenntnisse | <input type="checkbox"/> |

5 Besondere Lebensumstände der Familie

| | Zutreffendes bitte ankreuzen |
|---|------------------------------|
| 5.1 Leben in einem gewalttätigen Milieu | <input type="checkbox"/> |
| Gewalt gegen andere im persönlichen Nahraum | <input type="checkbox"/> |
| Gewaltanwendung durch den Partner | <input type="checkbox"/> |
| Gewaltanwendung durch andere Personen | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Partnerprobleme | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 Suchtabhängigkeit bzw. Suchtgefährdung | <input type="checkbox"/> |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> |
| Zigaretten | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> |
| illegale Drogen | <input type="checkbox"/> |
| Methadon | <input type="checkbox"/> |
| vorherige Suchtproblematik | <input type="checkbox"/> |
| Abusus in der Schwangerschaft <small>(Drogenmissbrauch)</small> | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|--|--------------------------|
| 5.4 Gesundheitliche Probleme von Elternteilen | <input type="checkbox"/> |
| psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| chronisch somatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Behinderung | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 Traumatische Lebenserfahrungen | <input type="checkbox"/> |
| Beziehungsprobleme in der Herkunftsfamilie | <input type="checkbox"/> |
| Gewalt in der Herkunftsfamilie | <input type="checkbox"/> |
| sexuelle Gewalt in der Kindheit | <input type="checkbox"/> |
| Deprivationserfahrungen (Soziale Ausgrenzung/Randgruppe) | <input type="checkbox"/> |

III. Angaben zur Situation des Kindes und kindlichen Entwicklung

Im Folgenden nur ankreuzen, was in diesem Fall zutrifft. **Mehrfachnennungen** sind möglich.

1 Medizinischer und körperlicher Allgemeinzustand

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| <u>Frühgeborenes Kind</u> | <input type="checkbox"/> | |
| Mehrlinge | <input type="checkbox"/> | Zwillinge |
| | <input type="checkbox"/> | Drillinge |
| <u>Small for Gestational Age: untergewichtig oder zu kleine Neugeborene bezogen auf das Reifealter</u> | <input type="checkbox"/> | |
| Auffälliger Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Krankheitssymptome (z.B. RDS) | <input type="checkbox"/> | welche: _____ (Nennungen) |
| Fetale Alkoholsyndrom (FASD) | <input type="checkbox"/> | welche: _____ (Nennungen) |
| Regulationsstörungen (z.B. Schreikinder) | <input type="checkbox"/> | welche: _____ (Nennungen) |
| Fehlbildung/Behinderung | <input type="checkbox"/> | welche: _____ (Nennungen) |
| Entwicklungsverzögerung | <input type="checkbox"/> | welche: _____ (Nennungen) |
| <u>Infektanfälligkeit</u> | <input type="checkbox"/> | |
| Verletzungen/Misshandlungen | <input type="checkbox"/> | körperlich |
| | <input type="checkbox"/> | seelisch |
| <u>Andere Auffälligkeiten</u> | <input type="checkbox"/> | und zwar: _____ (Nennungen) |

2 Pflegerische Versorgung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|--|--------------------------|
| Auffälliger Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> |
| schlechtes Gedeihen | <input type="checkbox"/> |
| deutliches Untergewicht | <input type="checkbox"/> |
| deutliches Übergewicht | <input type="checkbox"/> |
| Unangemessene Bekleidung | <input type="checkbox"/> |
| Mangelnde bzw. falsche Körperpflege | <input type="checkbox"/> |
| Mangelnde Hygiene im Umfeld/bei der Versorgung | <input type="checkbox"/> |
| Vernachlässigungstendenzen | <input type="checkbox"/> |

3 Mutter-Kind-Beziehung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|---|--------------------------|
| <u>Kind unerwünscht</u> | <input type="checkbox"/> |
| überforderte Mutter | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |
| <u>unsichere Mutter</u> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Mangelnder emotionaler Austausch</u> | <input type="checkbox"/> |

- Mangelnde emotionale Steuerungsmöglichkeiten der Mutter
- Mangelnde Beaufsichtigung durch die Mutter
- Mangelnde Anregung in Bezug auf Sprache
- _____ Bewegung
- Kind zeigt Verhaltensauffälligkeiten
 - motorisches Verhalten
 - kognitives Verhalten
 - emotionales Verhalten
 - _____ soziales Verhalten

IV. Hemmschwellen beim Zugang zum Gesundheitssystem

1 Hemmschwellen

- Verständigungsprobleme aufgrund Zutreffendes bitte ankreuzen
- fehlender deutscher Sprachkenntnisse
 - eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit
 - eingeschränkter Auffassungsgabe
 - Gebärdensprache
 - Minderwertigkeitsgefühl der Klientin
 - Stigmatisierungsängste (z.B. Sucht, obdachlos)
 - Angst vor der Kontrolle durch Behörden

2 Direkte Hinweise auf mangelnde Fürsorge

- Zutreffendes bitte ankreuzen
- Unzureichende Schwangerenvorsorge
 - Unzureichende Kinderfrüherkennungsuntersuchung
 - Unbehandelte Erkrankungen der (werdenden) Mutter
 - Mangelnde Gesundheitsfürsorge des Kindes

V. Zugang zur Klientin im Projekt

1 Erstkontakt ist zustande gekommen durch

- Zutreffendes bitte ankreuzen
- Eigener beruflicher Zugang
 - Eigeninitiative der Klientin
 - Bei Klientin sind Information über das Projekt vorhanden (z.B. über Projektflyer)
 - Tipp von anderen Frauen
 - Familienangehörige, Umfeld, Freunde
 - Hinweis einer anderen freiberuflichen Hebamme
 - Hinweis einer Ärztin/eines Arztes
 - Hinweis aus dem Krankenhaus
 - Hinweis des Gesundheitsamtes
 - Hinweis von freien Trägern der Jugendhilfe
 - Hinweis von sonstigen freien Trägern und zwar: _____
(Nennungen)
 - Initiative des Jugendamtes
 - Initiative des Sozialamtes
 - anderer Weg und zwar: _____
(Nennungen)

2 Grund der Kontaktaufnahme

- Zutreffendes bitte ankreuzen
- Erweiterte Betreuung aus medizinischen Gründen
 - Erweiterte Betreuung aus psychosozialen oder sozialen Gründen

VI. Kooperationskontakte während der Betreuung der Klientin

1 Kooperationskontakte/beteiligte Personen

Waren andere Personen bzw. Institutionen an der Betreuung der Klientin beteiligt?

- Ja, kontinuierlich
- Ja, in bestimmten Phasen
- Nein

Wenn ja: Welche Personen bzw. Institutionen waren das?

Mehrfachnennungen möglich

- Partner
- Familienangehörige/Freunde der Klientin
- Projekt-Sozialarbeiterin für kollegiale Fallberatung
- Projektkoordinatorin „Frühe Hilfen“ des Jugendamtes
- Bezirkssozialarbeiter/in im ASD (Jugendamt)
- Vertreter vom Sozialamt
- Vertreter vom Gesundheitsamt
- Schwangerschafts(-konflikt-)beratungsstelle
- Ärztin/Arzt
- Vertreter von anderen freien Träger der Jugendhilfe und zwar: _____
(Nennungen)
- Vertreter von sonstigen freien Träger und zwar: _____
(Nennungen)
- Sonstige Personen/Institutionen und zwar: _____
(Nennungen)

2 Grund/Zweck der Kooperation

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Beratung/Information durch die Hebamme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erarbeitung eines Hilfeplans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informationsgewinnung für die eigene Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klärung weiterer Schritte/gemeinsames Vorgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fallbesprechung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kollegialer Austausch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teambesprechung Projekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermittlung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konfliktbearbeitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übergabe an andere Person/Institution | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öffentlichkeitsarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darstellung des Projektes vor Kooperationspartnern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- und zwar: _____ (Nennungen)

VII. Abschlussdokumentation der Betreuung durch die Hebamme

1 Angaben zu den Arbeitsinhalten

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Medizinische Beratung und Betreuung allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anleitung zur Versorgung/Ernährung des Säuglings | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Begleitung von Entwicklungsstörungen des Kindes</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zu kindlichen Entwicklungsphasen/Bedürfnissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Praktische Anleitung zum Umgang mit dem Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemein lebenspraktische Beratung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stärkung der emotionalen Bindung zum Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Anleitung und Kontrolle bei Vernachlässigung des Kindes</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Stärkung der Frau in der neuen Mutterrolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gespräche über die gesamte neue Lebenssituation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partner- und Familienberatung/Problemlösung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förderung der Sozialkontakte der Mutter mit Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Gemeinsame Entwicklung von Lebensperspektiven</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung in rechtlichen, finanziellen Fragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zu möglichen Hilfeangeboten u. Institutionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Begleitung zu Arztpraxen/Ämtern/anderen Hilfeinrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Förderung der Akzeptanz von ambulanten Erziehungshilfen</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Nennungen)

2 Ergebnisse der Betreuung

| | trifft auf Klientin zu | | Wenn zutreffend: Verbesserung der Situation? | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | ja | nein | ja | nein |
| <u>Überforderung wegen fehlender persönlicher Reife</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besondere soziale Erschwernisse | | | | |
| keine sozialen Kontakte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schwierige materielle Situation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schlechte Wohnsituation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mangelnde persönliche Ressourcen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedrige/fehlende berufliche Bildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besonders beeinträchtigte Lebensumstände | | | | |
| gewalttätiges Milieu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partnerprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gesundheitliche Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| traumatische Lebenserfahrungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probleme bei der Versorgung/Pflege des Kindes | | | | |
| medizinische Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| auffälliger körperlicher Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| auffälliger Ernährungszustand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mangelnde Pflege (Hygiene, Bekleidung u.ä.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Körperliche Vernachlässigung</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probleme in der Mutter-Kind-Beziehung | | | | |
| Ablehnung des Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überforderung der Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unsicherheit der Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emotionale Vernachlässigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangelnde Beaufsichtigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangelnde Anreize für das Kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kindliche Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auffälligkeiten der Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemmschwellen gegenüber dem Gesundheitssystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangelnde (Selbst-)Pflegekompetenzen/Fürsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Weitere Anmerkungen zu den Ergebnissen der Betreuung: _____

3 Beendigung der Betreuung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Ablauf des Betreuungszeitraumes, am Ende
des 1. Lebensjahres des Kindes
- Betreuung ist nicht weiter notwendig
- Abbruch der Betreuung durch Klientin
- Wegzug aus dem Bezirk der Hebamme
- In Obhutnahme des Jugendamtes

Abbruch durch Hebammen
Grund: _____

Stellungnahme) _____

(kurze

Sonstiges Beendigungsgründe und zwar: _____

(Nennungen)

4 Gesamteinschätzung des Betreuungsergebnisses

Zutreffendes bitte ankreuzen. Nur eine Antwort.

- Verbesserung/Stabilisierung der Situation
- unveränderte Situation
- Verschlechterung trotz Betreuung
- Sonstiges und zwar: _____

(Nennungen)

Ist eine weitere Begleitung der Klientin erforderlich?

- ja, kontinuierlich
- ja, nur in bestimmten Situationen
- nein

wenn ja: Welche Hilfen sind notwendig?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____ (Nennungen)

Welche Stelle/n führt/en die Begleitung fort?

Mehrfachnennungen möglich

- ASD/Jugendamt
- Sozialamt
- Gesundheitsamt
- freier Träger der Jugendhilfe und zwar: _____

(Nennungen)

sonstige Personen/Institutionen und zwar: _____

(Nennungen)

Trotz Notwendigkeit einer weitergehenden Hilfe, keine weitere Begleitung, weil _____

(kurze Stellungnahme bitte)