

KBS-EVALUATIONSBOGEN

Vers. So19.3

Teil 1 Administratives

Name

Vorname

Geburtsdatum

Seit wann auf dem KBS-Platz

Controlling-Periode(n) (von KBS auszufüllen)

Gesetzliche Vertretung

zuständige KESB

Institution

Zuständigkeiten in der Institution

Dokumentation der Institution (Aufzählung):

-

Diagnose(n) (gemäss aktuellem Arztbericht):

-

Auflistung der Herausfordernden Verhaltensweisen (HEVE):

1

2

3

4

5

Teil 2 Evaluation HEVE und Betreuungsprozess

Betrifft das 1. HEVE :

1. Beschreibung HEVE (aktueller Stand) und unmittelbare Auslöser

2. Die dazu definierten Ziele

3. Die dazu angewandten Massnahmen (inkl. freiheitsbeschränkende Massnahmen, fbM)

a) Präventiv/Ressourcen orientiert

b) Deeskalierend

4. Einschätzung der Wirksamkeit dieser Massnahmen

a) Rating

Ziel erreicht Ziel teilweise erreicht Ziel nicht erreicht

b) Beschreibung der Veränderungen

c) Anpassung Ziele/Massnahmen

Braucht es Anpassungen der Ziele? Wenn ja welche?

Braucht es Anpassungen der Massnahmen? Wenn ja welche?

Betrifft das 2. HEVE :

1. Beschreibung HEVE (aktueller Stand) und unmittelbare Auslöser

2. Die dazu definierten Ziele

3. Die dazu angewandten Massnahmen (inkl. freiheitsbeschränkende Massnahmen, fbM)

a) Präventiv/Ressourcen orientiert

b) Deeskalierend

4. Einschätzung der Wirksamkeit dieser Massnahmen

a) Rating

Ziel erreicht Ziel teilweise erreicht Ziel nicht erreicht

b) Beschreibung der Veränderungen

c) Anpassung Ziele/Massnahmen

Braucht es Anpassungen der Ziele? Wenn ja welche?

Braucht es Anpassungen der Massnahmen? Wenn ja welche?

Betrifft das 3. HEVE :

1. Beschreibung HEVE (aktueller Stand) und unmittelbare Auslöser

2. Die dazu definierten Ziele

3. Die dazu angewandten Massnahmen (inkl. freiheitsbeschränkende Massnahmen, fbM)

a) Präventiv/Ressourcen orientiert

b) Deeskalierend

4. Einschätzung der Wirksamkeit dieser Massnahmen

a) Rating

Ziel erreicht Ziel teilweise erreicht Ziel nicht erreicht

b) Beschreibung der Veränderungen

c) Anpassung Ziele/Massnahmen

Braucht es Anpassungen der Ziele? Wenn ja welche?

Braucht es Anpassungen der Massnahmen? Wenn ja welche?

Betrifft das 4. HEVE :

1. Beschreibung HEVE (aktueller Stand) und unmittelbare Auslöser

2. Die dazu definierten Ziele

3. Die dazu angewandten Massnahmen (inkl. freiheitsbeschränkende Massnahmen, fbM)

a) Präventiv/Ressourcen orientiert

b) Deeskalierend

4. Einschätzung der Wirksamkeit dieser Massnahmen

a) Rating

Ziel erreicht Ziel teilweise erreicht Ziel nicht erreicht

b) Beschreibung der Veränderungen

c) Anpassung Ziele/Massnahmen

Braucht es Anpassungen der Ziele? Wenn ja welche?

Braucht es Anpassungen der Massnahmen? Wenn ja welche?

Betrifft das 5. HEVE :

1. Beschreibung HEVE (aktueller Stand) und unmittelbare Auslöser

2. Die dazu definierten Ziele

3. Die dazu angewandten Massnahmen (inkl. freiheitsbeschränkende Massnahmen, fbM)

a) Präventiv/Ressourcen orientiert

b) Deeskalierend

4. Einschätzung der Wirksamkeit dieser Massnahmen

a) Rating

Ziel erreicht Ziel teilweise erreicht Ziel nicht erreicht

b) Beschreibung der Veränderungen

c) Anpassung Ziele/Massnahmen

Braucht es Anpassungen der Ziele? Wenn ja welche?

Braucht es Anpassungen der Massnahmen? Wenn ja welche?

Teil 3 Evaluation Unterstützung und Befindlichkeit

1. Externe Unterstützung

a) Wurden Notmassnahmen notwendig?

ja nein

b) Wenn ja, welche?

c) Wer war involviert?

d) Im Fall einer Klinikeinweisung: Von bis

2. Interne Unterstützung

a) Wie tragfähig ist das Team?

b) Wie wird das Team unterstützt?

c) Braucht es zusätzliche Unterstützung?

3. Intensität des Betreuungssettings bei HEVE

a) Stundenaufwand an einem Normaltag (**grün**) und an einem Spezialtag (**rot**):

- Körperpflege
- Betreuung
- Strukturpause mit steter Kontrolle und Nachtruhe
- Beschäftigung/Freizeit



b) Stundenaufwand pro Monat:

- Interne Unterstützung (Teamarbeit)
- Externe Unterstützung (Beratung; Weiterbildung)

c)

4. Wie ist **die Befindlichkeit** von (Vorname Name) in Bezug auf die Zielsetzungen, die angewandten Massnahmen und die Ergebnisse?

a) Aus der Sicht von (Vorname Name):

b) Aus der Sicht der Bezugsperson(en) (Vorname Name):

c) Aus der Sicht der/des Angehörigen (Vorname Name):

d) Aus der Sicht der gesetzlichen Vertretung (Vorname Name):

Teil 4 Gesamteinschätzung Indikation KBS-Platzierung

1. Einschätzung der Institution, ob die Indikation einer äusserst anspruchsvollen Platzierung für (Vorname Name) noch gegeben ist.

- Sie ist basierend auf aufgeführtem Betreuungsaufwand *für eine weitere Überprüfungsperiode* gegeben.
- Sie ist *gegenwärtig noch gegeben*. Eine Überführung der Person in den Regelbetrieb steht jedoch im Zentrum der Bemühungen für die nächste Überprüfungsperiode.
- Sie ist für oben genannte Person *nicht mehr gegeben*. Der KBS-Platz wird mit einer neuen Person belegt.

Bemerkungen

Ort, Datum Unterschrift der verantwortlichen Person(en) der Institution

2. Einschätzung der KBS, ob die Indikation einer äusserst anspruchsvollen Platzierung für (Vorname Name) noch gegeben ist.

- Sie ist basierend auf aufgeführtem Betreuungsaufwand *für eine weitere Überprüfungsperiode* gegeben.
- Sie ist *gegenwärtig noch gegeben*. Eine Überführung der Person in den Regelbetrieb steht jedoch im Zentrum der Bemühungen für die nächste Überprüfungsperiode.
- Sie ist *nicht mehr gegeben*. Der KBS-Platz wird mit einer neuen Person belegt.

Bemerkungen

Ort, Datum Unterschrift KBS