|  |  |
| --- | --- |
| Datum der Selbsteinschätzung | (Tag/Monat/Jahr) |
| **Ihre Angaben** |  |
| Name und Vorname |  |
| [Bildergebnis für ahv versicherungsausweis](http://www.google.ch/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjhqraVmfbPAhWE0hoKHQJ1C-4QjRwIBw&url=http://www.aza.ch/seite.php?seitenid%3D32&psig=AFQjCNHX6AXEqdRda1dtZxXveRbKMqVblQ&ust=1477493177855385) | Sozialversicherungsnummer:  756.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ |

**Falls Ihnen eine Person beim Ausfüllen der Selbsteinschätzung hilft, geben Sie bitte Folgendes an**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname |  |
| Telefonnummer für Rückfragen |  |
| Funktion *(z.B. Bezugsperson; Therapeut/in; gesetzliche Vertretung etc.)* |  |

**Brauchen Sie Hilfsmittel zum Ausfüllen der Selbsteinschätzung?**

|  |
| --- |
| Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen:  Bilder  Gebärdensprache  Sprachcomputer  Andere Hilfsmittel: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Welches Angebot nutzen Sie?**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Angebot der Institution |  |

***Hinweise und Informationen zum Ausfüllen der Selbsteinschätzung:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wichtige Informationen*** *zum korrekten Ausfüllen der Selbsteinschätzung finden Sie im Dokument „Wegleitung zur Individuellen Bedarfsermittlung mit IBBplus“. Bitte beachten Sie dabei insbesondere die Hinweise zur Bestimmung der* ***Häufigkeit*** *benötigter Unterstützungsleistungen.* | | |
| *Weitere Unterstützung erhalten Sie bei den INBES (Informations- und Beratungsstellen):* | | |
| ***INBES Stiftung Rheinleben***  *061 686 92 22*  [*inbes@rheinleben.ch*](mailto:inbes@rheinleben.ch)  [*www.rheinleben.ch/beratung/inbes/*](http://www.rheinleben.ch/beratung/inbes/)  *https://www.asb.bs.ch/.imaging/stk/webbs-desktop/teaser-extras/dam/asb/logos/stiftung-rheinleben.png/jcr:content/stiftung-rheinleben.png.png* | ***INBES Stiftung Mosaik***  *058 775 28 00*  [*inbes@stiftungmosaik.ch*](mailto:inbes@stiftungmosaik.ch)  [*www.stiftungmosaik.ch/inbes*](http://www.stiftungmosaik.ch/inbes)  *Stiftung-Mosaik* | ***INBES peerwärts***  *061 551 04 03*  [*kristin.metzner@peerwaerts.ch*](mailto:kristin.metzner@peerwaerts.ch)  [*www.peerwaerts.ch/inbes*](http://www.peerwaerts.ch/inbes)  *cid:image009.png@01D5F210.E1BB6190* |

**1. Vor Aufnahme der Tätigkeit**

**1.1 Anleiten**

Bei dieser Frage wird nach der Unterstützung gefragt, die **vor** Aufnahme einer Tätigkeit notwendig ist, um Sie auf die Tätigkeit vorzubereiten und vor Überforderung zu schützen. Die Anleitung soll dazu beitragen, dass Sie die Tätigkeit möglichst selbständig ausführen können.

Unterstützung bei der Anleitung der Tagesstruktur kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Besprechen und Planen von Abläufen
* Erklären und Vorzeigen von einzelnen Arbeits- / Handlungsschritten
* Aufbau einer Selbstorganisation (zum Beispiel Checklisten, Prioritätenlisten)
* Anleitung bei Lernschwierigkeiten
* Anleitung zur vermehrten Übernahme von Verantwortung

*Hinweis: Sollten Sie Unterstützung während der Ausführung der Tätigkeit benötigen, geben Sie diese bitte unter Punkt 3.1 an.*

Wie oft brauchen Sie Unterstützung bei der **Anleitung** der Tagesstruktur?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**2. Tagesstrukturplatz**

**2.1 Einrichten**

Unterstützung beim Einrichten des Arbeits- oder Beschäftigungsplatzes kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Erstellen von individuellen Hilfsmitteln, um das Ausführen der Tätigkeit zu erleichtern
* Unterstützung zur individuellen Einrichtung des Arbeitsplatzes
* Unterstützung beim Anziehen der Arbeitskleidung
* Vorbesprechung des nächsten Handlungsschrittes

*Hinweis: Möglicherweise wohnen Sie in einer Institution und besuchen dort ein Angebot der Tagesstruktur. Dann sind hier auch Vorbereitungen auf die Tagesstruktur gemeint, welche in der Wohnung stattfinden. Dies kann zum Beispiel Unterstützung bei Vorbereitungen sein, um die Wohnung zu verlassen.*

Wie oft brauchen Sie beim **Einrichten** des Arbeits- oder Beschäftigungsplatzes Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**3. Während der Tätigkeit**

**3.1 Unterstützen, Begleiten**

Zur Unterstützung und Begleitung während der Tagesstruktur können zum Beispiel folgende Tätigkeiten gehören:

* Assistenz bei Bewegungsabläufen und Arbeitsschritten
* Ermöglichen von Mobilität und Selbstständigkeit
* Verändern von Arbeitsstellungen
* Besprechen von Problemlösungsstrategien
* Unterstützung bei der Kommunikation

Wie oft brauchen Sie **Unterstützung / Begleitung** beim Ausführen ihrer Tätigkeiten in der Tagesstruktur?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**4. Tätigkeitsresultat**

**4.1 Überprüfen**

Unterstützung bei der Überprüfung der Tätigkeit in der Tagesstruktur kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Produktiver Bereich: Gemeinsam mit Ihnen die Qualität des Tätigkeitsresultats überprüfen, um Sie zu einer möglichst selbständigen Produktherstellung zu befähigen (Reflexions- und Bildungsprozess).
* Nicht produktiver Bereich:Gemeinsam mit Ihnen das Tätigkeitsresultat, die Angemessenheit / Sinnhaftigkeit sowie die Zufriedenheit mit der Tätigkeit (u. a. mit Hilfe Unterstützter Kommunikation) einschätzen.

*Hinweis: Sollten Sie motivierende Unterstützungsleistungen benötigen, damit Sie Ihre Tätigkeit weiterhin ausführen können, geben Sie diese bitte unter Punkt 7.1 an.*

Wie oft brauchen Sie Unterstützung bei der **Überprüfung** der Tätigkeit Ihrer Tagesstruktur?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**5. Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen**

**5.1 Nähe und Distanz, Auto- und Fremdaggressionen**

Unterstützung bei der Gestaltung von Nähe und Distanz sowie im Umgang mit Auto- und Fremdaggressionen kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Eingreifen bei oder Besprechen von ungebührlicher Nähe oder anstössigem Verhalten gegenüber anderen Personen
* Unterstützung und Befähigung zum Umgang mit Nähe und Distanz bei behinderungsbedingtem Bedarf (Autismus-Spektrum-Störung, Hirnverletzung)
* Unterstützung und Befähigung, Situationen von Übergriffen und Verletzungen Ihrer persönlichen Integrität abzuwehren
* Eingreifen bei Kontrollverlust
* Besprechen von Konflikten und Handlungsoptionen
* Deeskalationsaufwand

*Hinweis: Hier geht es besonders um Unterstützung, die Sie brauchen, um weiterhin an der Tagesstruktur teilnehmen zu können. Es können auch Unterstützungsleistungen erfasst werden, die zur Stabilisierung und Beruhigung der Situation nötig sind.*

Wie oft brauchen Sie Unterstützung **bei der Gestaltung von Nähe und Distanz und/oder im Umgang mit Auto- und Fremdaggressionen**?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**5.2 Psychische Krankheitssymptome, behinderungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten und erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen**  
Unterstützung in Form von Freiheits- bzw. bewegungseinschränkenden Massnahmen gemäss Erwachsenenschutzrecht [[1]](#footnote-1), um eine Gefährdung oder Verletzung von Ihnen oder anderen Personen abzuwenden, kann zum Beispiel folgende Bereiche umfassen:

* Bewegungseinschränkende Massnahmen wie das befristete Abschliessen von Türen oder das Festhalten in Krisen- oder schweren Konfliktsituationen
* Zwangsmedikation oder Zwangsernährung
* Wegnahme von Kommunikationsmitteln wie z.B. dem Handy
* Neben der Durchführung der Massnahmen gehören dazu auch Vor- und Nachbesprechungen, sowie der ausserordentliche Dokumentationsaufwand und die Überprüfung der Massnahmen

*Hinweis: Die beschriebenen Massnahmen unterliegen bestimmten Regeln, über die Sie die Institution informieren muss.*

Unterstützung bei auffälligem Verhalten (z.B. aufgrund von Angstzuständen, Wahnvorstellungen, Depressionen, Essstörungen oder Suchtverhalten), das sich auf die Tagesstruktur auswirkt. Es kann sich auch um die Entwicklung von Möglichkeiten oder Umsetzung agogischer Massnahmen handeln, um anders mit einer Situation umzugehen.

Wie oft brauchen Sie Unterstützung im Zusammenhang mit psychischen Krankheitssymptomen, behinderungsbedingten Verhaltensauffälligkeiten und/oder **Erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen**?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**5.3 Weglaufen mit Selbstgefährdung**

Unterstützung zum Schutz vor Weglaufen mit Selbstgefährdung in der Tagesstruktur kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Einzelbegleitung zum Verhindern des Weglaufens

*Hinweise: Benötigen Sie Massnahmen zur Verhinderung von Arbeitsunfällen, können Sie dies entweder unter Punkt 2.1 in Bezug auf das Einrichten des Arbeitsplatzes angeben oder unter 3.1 für Massnahmen während der Tätigkeit.*

Wie oft brauchen Sie Unterstützung zum Schutz vor **Weglaufen mit Selbstgefährdung**?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**6. Pflege und Ernährung**

**6.1 Körperpflege und besondere medizinische Massnahmen**

Unterstützung bei der Körperpflege und/oder besonderen medizinischen Massnahmen während der Tagesstruktur kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Unterstützung beim Toilettengang
* Medizinische Massnahmen wie Wundversorgung oder Abgabe von Insulin
* Kontrollierte Medikamenteneinnahme inkl. Reservemedikation

Wie oft brauchen Sie bei der **Körperpflege und/oder besonderen medizinischen Massnahmen** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**6.2 Nahrungseinnahmen während der Zwischenmahlzeiten**

Unterstützung zur Teilhabe an Zwischenmahlzeiten umfasst zum Beispiel folgende Tätigkeiten:

* Essen oder Trinken eingeben
* Hilfestellung wie Zerkleinern des Essens, Unterstützen beim Trinken etc.
* Kontrolle der Menge und Art von Lebensmitteln und Getränken (wenn medizinisch begründet, z.B. bei Diabetes)

Wie oft brauchen Sie Unterstützung bei der **Nahrungseinnahme von** **Zwischenmahlzeiten**?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**7. Arbeitsfähigkeit und stellvertretender Informationsaustausch**

**7.1 Arbeits- und Handlungsfähigkeit**

Unterstützung für den Erhalt Ihrer Arbeits- und Handlungsfähigkeit kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten handeln:

* Besprechung der positiven Seiten der Arbeit
* Besprechung allfälliger belastender Faktoren und Suche nach Lösungen
* Zukunfts- oder Entwicklungsplanung
* Situative Impulsgebung bei Handlungsblockaden von Personen mit schwerstmehrfacher Beeinträchtigung

Wie oft brauchen Sie Unterstützung bei der **Arbeits- und Handlungsfähigkeit**?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**7.2. Stellvertretender Informationsaustausch**

Unterstützung zum stellvertretenden Informationsaustausch durch Mitarbeitende der Tagesstruktur bezieht sich insbesondere auf den Aufwand für den Informationsaustausch mit externen Stellen, Angehörigen / gesetzlichen Vertretungen und Helfernetzwerken, der nicht vom Wohnbereich erbracht werden kann. Die Unterstützung kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Hilfe/Helfernetzwerk organisieren, stellvertretende Gesprächsführung oder Weitervermittlung zu spezialisierten Diensten
* Beratung und Besprechung von Problemen

*Hinweis: Diese ausserordentliche Unterstützung bezieht sich hauptsächlich auf Krisensituationen oder kommt dann zum Einsatz, wenn Sie weitgehend selbständig wohnen und sonst wenig Unterstützungsangebote zur Verfügung haben.*

Wie oft brauchen Sie **beim stellvertretenden Informationsaustausch** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x während 20 vollen Aufenthaltstagen | 1x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 2-4x während 5 vollen Aufenthaltstagen | 1x täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen | mehrmals täglich an allen vereinbarten Aufenthaltstagen |

**Unterschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Sie haben den vorliegenden Bogen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt.  Sie erklären sich einverstanden, dass die FAS (Fachliche Abklärungsstelle) die Selbsteinschätzung im Rahmen der Bedarfsermittlung an weitere beteiligte Personen weitergeben sowie mit diesen Personen in Kontakt treten darf. | |
| Ihre Unterschrift |  |
| Unterschrift gesetzliche Vertretung (falls vorhanden) |  |

|  |
| --- |
| Die Selbsteinschätzung ist nun abgeschlossen. Bitte reichen Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen hier ein:  **FAS** (Fachliche Abklärungsstelle beider Basel)  Hauptstrasse 109  4102 Binningen  061 425 25 25  https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/7/7d/Wappen_Basel-Stadt_matt.svg/220px-Wappen_Basel-Stadt_matt.svg.pnghttps://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/8/8e/Coat_of_arms_of_Kanton_Basel-Landschaft.svg/220px-Coat_of_arms_of_Kanton_Basel-Landschaft.svg.png[www.sva-bl.ch](http://www.sva-bl.ch)  [fasbbs@sva-bl.ch](mailto:fas@sva-bl.ch) |

|  |
| --- |
| **IBB-Indikatorenraster Tagesstruktur GB / KB**  © Kantone AI AR GL GR SG SH TG ZH 2019 |
| |  | | --- | | ***Hinweis:*** *Folgendes Raster bitte* ***leer lassen****, es wird* ***durch die FAS*** *ausgefüllt. Die Punkte ergeben sich direkt aus Ihren Antworten in der Selbsteinschätzung.* | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Themenbereiche** | **Indikatoren** | | | **Punkte** | **max. Pkt.** |
| **1** | Vor Aufnahme der Tätigkeit | 1.1. Anleiten | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Tagesstruktur | 2.1. Einrichten | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Während der Tätigkeit | 3.1. Unterstützen, Begleiten | | |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Tätigkeitsresultat | 4.1. Überprüfen | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen | 5.1. Nähe und Distanz, Auto- und Fremdaggressionen | | |  | 8 |
| 5.2. Psychische Krankheitssymptome, behinderungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten und erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen | | |  | 8 |
| 5.3. Weglaufen mit Selbstgefährdung | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Pflege und Ernährung | 6.1. Körperpflege und besondere medizinische Massnahmen | | |  | 8 |
| 6.2. Nahrungseinnahme während der Zwischenmahlzeiten | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Arbeitsfähigkeit und stellvertretender  Informations-austausch | 7.1. Arbeits- und Handlungsfähigkeit | | |  | 4 |
| 7.2. Stellvertretender Informationsaustausch | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Total** |  | **60** |
|  |  |  | **IBB-Stufe** |  |  |  |
|  |  |  | **HE** |  |  |  |
|  |  |  | **Gesamtstufe** |  |  |  |

1. Eingeschlossen sind alle freiheitseinschränkenden Massnahmen gemäss kantonalen Richtlinien. [↑](#footnote-ref-1)