|  |  |
| --- | --- |
| Datum der Selbsteinschätzung  |   (Tag/Monat/Jahr) |
| **Ihre Angaben** |  |
| Name und Vorname |   |
| Bildergebnis für ahv versicherungsausweis | 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*[*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*[*www.stiftungmosaik.ch/inbes*](http://www.stiftungmosaik.ch/inbes)*Stiftung-Mosaik* | ***INBES peerwärts****061 551 04 03**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. 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
* Einrichten 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
* Verändern der 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 Beurteilung 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 Sucht**

Hier geht es um Unterstützung im Umgang mit einer Suchterkrankung oder mit Suchtverhalten, welches Sie an der Teilnahme an der Tagesstruktur hindert (z.B. Abhängigkeit von einer Substanz wie Alkohol oder Drogen, TV- oder PC-Sucht, Spielsucht, Essstörungen etc.).

Unterstützung im Umgang mit Sucht kann zum Beispiel folgende Handlungen umfassen:

* Regulierendes Eingreifen bei akuter Gesundheitsgefährdung, medizinisch indizierte Überwachung des Konsums und des Verhaltens
* Gespräche über Handlungsalternativen
* Unterstützung im Zusammenhang mit Suchtprävention (vorbeugende Massnahmen)

Wie oft brauchen Sie im Umgang mit **Sucht** 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 |

**5.2 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:

* Verhinderung von aggressivem Verhalten gegenüber sich selbst und anderen Personen
* Eingreifen bei eskalierenden Konflikten
* Vermittlungsgespräche
* Besprechung von alternativen Verhaltensstrategien
* Unterstützung und Befähigung zur Distanzregulierung bei behinderungsbedingtem Bedarf (Autismus-Spektrum-Störung, Hirnverletzung)
* Unterstützung und Befähigung, Situationen von Übergriffen und Verletzungen Ihrer persönlichen Integrität abzuwehren (nach Missbrauchserfahrungen)

*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 |

**5.3 Psychische Krankheitssymptome**Unterstützung im Umgang mit psychischen Krankheitssymptomen (z.B. aufgrund von Angstzuständen, Wahnvorstellungen, Depressionen, Neurosen, Krisen) kann beispielsweise folgende Handlungen umfassen:

* Gezieltes in der Nähe stehen oder eingreifen
* Nachbesprechen von schwierigen Situationen
* Entwickeln von Handlungsalternativen
* Massnahmen zur Verhinderung von auto- und fremdaggressivem Verhalten
* Massnahmen zur Stabilisierung der Situation

Wie oft brauchen Sie im Umgang mit **psychischen Krankheitssymptomen** 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. Pflege und Ernährung**

**6.1 Adäquates Auftreten und besondere medizinische Massnahmen**

Unterstützung beim adäquaten Auftreten und besonderen medizinischen Massnahmen während der Tagesstruktur kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Besprechen von Standards zum adäquaten Auftreten
* Unterstützung beim Toilettengang
* Medizinische Massnahmen wie Wundversorgung oder Abgabe von Insulin
* Kontrollierte Medikamenteneinnahme inkl. Reservemedikation

Wie oft brauchen Sie beim **adäquaten Auftreten und/oder bei 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 Nahrungseinnahme während der Zwischenmahlzeiten**

Unterstützung zur Teilhabe an Zwischenmahlzeiten umfasst zum Beispiel folgende Tätigkeiten:

* Kontrolle der Menge und Art von Lebensmitteln und Getränken (wenn medizinisch begründet, z.B. bei Diabetes)
* Einzelbegleitung aufgrund des Verhaltens beim Essen
* Eingabe von Zwischenmahlzeiten

Wie oft brauchen Sie Unterstützung bei der **Nahrungseinnahme während den 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 Autismus-Spektrum-Störung und / oder Hirnverletzung

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 1094102 Binningen061 425 25 25https://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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. Sucht |    | 4 |
| 5.2. Nähe und Distanz, Auto- und Fremdaggression |    | 8 |
| 5.3. Psychische Krankheitssymptome |    | 8 |
|   |   |   |    |   |   |   |
| **6** | Pflege und Ernährung | 6.1. Adäquates Auftreten und besondere medizinische Massnahmen |    | 4 |
| 6.2. Nahrungseinnahme während der Zwischenmahlzeiten  |    | 4 |
|   |   |   |    |   |   |   |
| **7** | Arbeitsfähigkeit und stellvertretenderInformations-austausch | 7.1. Arbeits- und Handlungsfähigkeit |    | 4 |
| 7.2. Stellvertretender Informationsaustausch |    | 8 |
|  |   |   |   | **Total IBB Punkte** |  | **60** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | **IBB-Stufe** |    |
|  |  | **HE** |    |
|  |  | **Gesamtstufe** |    |

|  |
| --- |
| **IBB-Indikatorenraster Tagesstruktur PB / SB**© 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.* |

 |