|  |  |
| --- | --- |
| 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: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Bei welcher Institution nutzen Sie ein Wohn-Angebot?**

|  |  |
| --- | --- |
| Name 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. Pflege und Ernährung**

**1.1 Medikamenteneinnahme und Medikamentencompliance**  
Der Unterstützungsbedarf wird mit zwei Fragen erfasst: Erstens in Bezug auf die kontrollierte Medikamenteneinnahme und zweitens in Bezug auf die Förderung der Medikamentencompliance. Damit ist die Bereitschaft gemeint, sich kooperativ zu verhalten und die Medikamente gemäss ärztlicher Verordnung einzunehmen.

**a) Kontrollierte Medikamenteneinnahme**  
Die ersten 0 bis 4 Punkte werden für die Häufigkeit der kontrollierten Medikamenten-einnahme eingetragen.

Wie oft brauchen Sie bei der **kontrollierten Medikamenteneinnahme** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**b) Förderung der Medikamentencompliance**

Die weiteren 0 bis 4 Punkte werden für die Häufigkeit der aktiven Unterstützung zur Förderung der Medikamentencompliance eingetragen.

Bei Widerstand gegen die Medikamenteneinnahme aufgrund eingeschränkter oder fehlender Krankheitseinsicht, kann die Unterstützung z.B. in Gesprächen über die Notwendigkeit der Anwendung oder Einnahme verordneter Medikamente liegen. Es kann sich auch um Unterstützung bei Medikamentenanpassungen handeln. .

Wie oft brauchen Sie bei der **Förderung der Medikamentencompliance** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**1.2 Gesundheitsrelevante Zusammenarbeit**  
Zur Unterstützung in der gesundheitsrelevanten Zusammenarbeit mit dem/der Arzt/Ärztin, dem/der Therapeut/-in, dem/der Psychiater/-in und/oder dem/der Arbeitgeber/-in können zum Beispiel folgende Tätigkeiten gehören:

* Unterstützung wie stellvertretende Absprachen
* Unterstützung bei der Vorbereitung auf ein Gespräch
* Unterstützende Teilnahme an einem Gespräch
* Ausserordentliche, stellvertretende Weitergabe gesundheitsrelevanter Informationen an die Leitung des Tagesstrukturangebotes, welche für die Tätigkeit handlungsleitend sind

*Hinweis: Wenn Sie für den Weg zur Tagesstruktur oder bei Behördengängen Unterstützung brauchen, geben Sie dies bitte bei Punkt 2.1 an.*

Wie oft brauchen Sie bei der **gesundheitsrelevanten Zusammenarbeit** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**1.3 Körperpflege, besondere medizinische Massnahmen und Nahrungseinnahme**  
Unterstützung bei der Körperpflege, besonderen medizinischen Massnahmen und Nahrungseinnahme kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Zähneputzen, Duschen, Eincremen
* Unterstützung beim Toilettengang
* Besprechen und Unterstützen beim Einhalten von gesellschaftlichen Standards
* Effektive Begleitung bei medizinischen Massnahmen, z. B. Insulin spritzen, Messen von Blutdruck, komplexe Atemgeräte einrichten, Begleitung bei Epilepsie-Anfällen, medizinische Wundversorgung, Zeitintensive 1:1-Umsetzung von physiotherapeutischen Anordnungen u. ä.
* Einzelbegleitung während der gesamten Einnahme der Hauptmahlzeiten aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und / oder Kontrolle der Menge und Art von Lebensmitteln und Getränken (wenn medizinisch begründet); Nahrung eingeben.

*Hinweis: Wenn Sie an einer Essstörung wie beispielsweise Magersucht leiden, geben Sie diesen Unterstützungsbedarf bitte unter Punkt 5.1 an.*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**2. Bekleidung und Mobilität**

**2.1 Ankleiden, Arbeitsweg und Behördengänge**

Unterstützung beim Ankleiden oder beim Zusammenstellen der Kleider kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen;

* Kleiderwahl besprechen und Kleider gemeinsam bereit legen (zueinander und zur Witterung passende Kleidung)
* Erklären, wie man Kleider und Hilfsmittel richtig an- und auszieht
* Stellvertretendes An- und Ausziehen von Kleidern und orthopädischen Hilfsmitteln wie Armschienen, Korsetts, Stützstrümpfen und Prothesen

Zur Unterstützung zum Arbeitsweg oder bei Behördengängen können zum Beispiel folgende Tätigkeiten gehören:

* Einzelbegleitung auf dem Weg zur Tagestruktur (Werk- oder Tagesstätte) durch Mitarbeitende des Wohnbereichs
* Einzelbegleitung auf dem Weg zu Behörden
* Begleitung im Ausgang
* Unterstützung beim Benützen von Tram, Bus oder Zug
* Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit einer Weglauftendenz

Wie oft brauchen Sie **beim Ankleiden, Arbeitsweg und/oder Behördengängen** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3. Lebenspraktiken**

**3.1 Lebenspraktische Fähigkeiten**

Unterstützung bei lebenspraktischen Fähigkeiten umfasst zum Beispiel folgende Bereiche:

* Gemeinsam mit Ihnen ausgeführte haushälterische Tätigkeiten wie Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung von Mahlzeiten, Ordnung halten in der Küche, Putzen und Pflege der Wohnräume oder Wäsche waschen
* Hilfen und Anleitungen zum Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten, um den Alltagsanforderungen künftig selbständiger zu begegnen

*Hinweise: Sollten Sie Unterstützung bei der Planung von Entwicklungszielen benötigen, geben Sie dies bitte unter Punkt 3.3 an.*

*Unterstützung bei administrativen und finanziellen Aufgaben können Sie unter Punkt 3.5 angeben.*

Wie oft brauchen Sie bei **lebenspraktischen Fähigkeiten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3.2 Soziale Integration**

IndividuelleUnterstützung betreffend sozialer Integration im unmittelbaren Umfeld kann zum Beispiel folgende Bereiche umfassen:

* Ratschläge geben, Selbstbestimmung ermöglichen/fördern oder Situationen reflektieren zu Themen wie: Partnerschaft und Sexualität oder Erziehung der Kinder, Gestaltung von sozialen Kontakten (auch auf der Wohngruppe) etc.
* Unterstützungsleistungen im Bereich der Kommunikation

*Hinweise: Sollten Sie Unterstützung bei herausfordernden Verhaltensweisen im sozialen Umfeld benötigen, können Sie dies unter den Punkten 5.1 bis 5.4 angeben.*

*Unterstützung im Zusammenhang mit Regelverletzendem Verhalten geben Sie bitte unter Punkt 3.6 an.*

Wie oft brauchen Sie bei der **sozialen Integration** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3.3 Individuelle Ziel- und Entwicklungsplanung**Bei der individuellen Ziel- und Entwicklungsplanung werden Ziele formuliert und festgehalten, welche begründet, messbar und erreichbar sind. Dazu gehört auch der Aufwand für die Zielerreichung. Unterstützung bei der Ziel- und Entwicklungsplanung kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Gespräche über Ihre Wünsche und Anliegen
* Finden von erreichbaren und für Sie sinnvollen Zielen
* Unterstützung bei der Erreichung der vereinbarten Ziele
* Schriftliches Festhalten des Fortschritts

*Hinweise: Bitte geben Sie die konkrete Unterstützung für die Erreichung der Ziele bei der Frage an, die zum Thema des Zieles passt. Wenn Sie z.B. im Bereich der Freizeitaktivitäten ein Ziel haben, können sie die benötigte Unterstützung bei Punkt 3.4 angeben. Unterstützung bei der Erreichung von Zielen, die zu keiner anderen Frage passen, können Sie hier angeben.*

Wie oft brauchen Sie bei der **individuellen Ziel- und Entwicklungsplanung** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3.4 Freizeitaktivitäten**

Einzelbegleitung und Unterstützung bei Freizeitaktivitäten (z.B. Sport, Vereinsaktivitäten, Entspannung & Erholung, Theater- oder Kinobesuch, weitere Hobbies) kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Suche von Ideen für die Freizeitgestaltung
* Planen, Organisieren und Befähigen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten sowie Begleitung bei der Ausführung

*Hinweise: Hier wird nur die Unterstützung erfasst, die für individuelle Freizeitaktivitäten erforderlich ist. Wenn Sie in einer Institution wohnen und Unterstützung bei internen Gruppenaktivitäten brauchen, gehört dies zu den Grundleistungen der Institution und wird hier in der Regel nicht angegeben. Ausnahme: Sollten Sie innerhalb der Gruppe spezielle Unterstützung benötigen, z.B. für die Arbeit an einem vereinbarten Ziel, dann können Sie dies hier angeben. Von einer Gruppe wird ab drei begleiteten Personen plus Begleitperson ausgegangen.*

*Wenn Sie nur auf dem Weg zur Freizeitaktivität Begleitung benötigen, geben Sie dies bitte unter Punkt 2.4 an.*

Wie oft brauchen Sie bei **Freizeitaktivitäten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3.5 Administrative Aufgaben**Unterstützung bei administrativen Aufgaben kann zum Beispiel die folgenden Bereiche umfassen:

* Allgemeine Korrespondenz
* Termine organisieren/koordinieren
* Kontoführungen
* Rechnungen bezahlen
* Budgetberatung
* Schuldensanierung
* Rente, Ergänzungsleistungen, Steuern

*Hinweis: Hier ist nur die Unterstützung gemeint, welche von einer Begleitperson Ihrer Institution geleistet wird (also nicht Angehörige, Beistand etc.).*  
Wie oft brauchen Sie bei **administrativen Aufgaben** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3.6 Regelverletzendes Verhalten**  
Unterstützung beim Umgang mit regelverletzendem Verhalten innerhalb der Institution kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Besprechen oder Aushandeln von Regeln und Strukturen wie Hausordnung
* Reflektion des Zusammenlebens in der Gruppe
* Umgang mit regelverletzendem Verhalten

Wie oft brauchen Sie beim **Umgang mit regelverletzendem Verhalten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**4. Sicherheit und Stabilität**

**4.1 Betreuung in der Nacht**

Die Leistungen der Nachtbetreuung beginnen mit der vereinbarten Nachtruhe.

Der Unterstützungsbedarf wird mit zwei Fragen erfasst: Erstens nach der Art der Unterstützung und zweitens nach der Häufigkeit der Unterstützung.

**a) Welche Art von Betreuung braucht Sie in der Nacht?**  
*Hinweis: Bitte geben Sie hier an, was Sie tatsächlich brauchen, nicht was das vorhandene Angebot ist (d.h. wenn Sie beispielsweise in einer Wohngruppe mit Nachtwache wohnen, selbst aber nur ein Nachtpikett benötigen, dann kreuzen Sie bitte "Nachtpikett" an).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **keine Nachtbetreuung** | **Nachtbereitschaft** | **Nachtpikett** | **Nachtwache** |
| Sie benötigen keine Unterstützung in der Nacht. | Sie benötigen eine Nachtbereitschaft, d.h. die Begleitperson ist telefonisch erreichbar. | Sie benötigen ein Nachtpikett, d.h. die Begleitperson muss vor Ort schlafen. | Sie benötigen eine Nachtwache, d.h. die Begleitperson muss vor Ort und wach sein. |

**b) Wie oft brauchen Sie Betreuung in der Nacht?**

Betreuung wird umfassend verstanden, dazu gehören sowohl Interventionen (z.B. Unterstützung beim Toilettengang) als auch Sicherheitsmassnahmen (z.B. Kontrollgänge). .

*Hinweis: Geben Sie bitte nur die Unterstützung an, welche individuell für Sie geleistet wird. Routinemässige Kontrollgänge, welche sowieso gemacht werden, gehören zur Grundleistung der Institution und werden hier nicht erfasst.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | 1x pro Nacht | mehrmals pro Nacht |

**5. Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen**  
  
**5.1 Sucht**Unterstützung im Umgang mit einer Suchterkrankung oder mit Suchtverhalten (z.B. Abhängigkeit von einer Substanz, TV- oder PC-Sucht, Spielsucht, Essstörungen etc.) kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Eingreifen bei akuter Gesundheitsgefährdung
* Überwachung des Konsums und des Verhaltens
* Gespräche über die Sucht
* Suchtprävention

Wie oft brauchen Sie im **Umgang mit Sucht**  Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**5.2 Nähe und Distanz**  
Zur Unterstützung bei der angemessenen Gestaltung von Nähe und Distanz zu anderen Personen können zum Beispiel folgende Tätigkeiten gehören:

* Eingreifen bei ungebührlicher Nähe oder anstössigem Verhalten gegenüber Drittpersonen
* Reflexion von Situationen und Vorfällen
* Unterstützung und Befähigung zum Umgang mit Nähe und Distanz bei behinderungsbedingtem Bedarf (Autismus-Spektrum-Störung, Hirnverletzung)
* Unterstützung und Befähigung, Situationen von Verletzungen Ihrer persönlichen Integrität wahrzunehmen und abzuwehren

*Hinweise: Hier geht es nicht um aggressives oder gewalttätiges Verhalten. Wenn Sie aufgrund von aggressivem Verhalten gegenüber sich selbst und anderen Personen Unterstützung brauchen, geben Sie dies bitte unter Punkt 5.3 an. .*

*Sollten Sie Unterstützung im Zusammenhang mit rechtlich abweichendem Sexualverhalten benötigen, geben Sie dies bitte unter Punkt 5.4 an.*

Wie oft brauchen Sie bei der **Gestaltung von Nähe und Distanz** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**5.3 Psychische Krankheitssymptome, Auto- und Fremdaggressionen**

Unterstützung im Zusammenhang mit psychischen Krankheitssymptomen (z.B. Angstzustände, Zwangshandlungen, Neurosen, Depressionen etc.) und deren Auswirkungen kann beispielsweise folgende Tätigkeiten 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, Auto- und/oder Fremdaggressionen** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**5.4 Rechtlich abweichendes Sexualverhalten**  
Unterstützung im Zusammenhang mit rechtlich abweichendem Sexualverhalten kann verschiedene Aspekte umfassen:

* Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit rechtlich abweichendem oder aggressivem Verhalten mit sexuellem Hintergrund

*Hinweis: Sollten Sie Unterstützung zu allgemeinen Fragen der Sexualität haben, geben Sie dies bitte unter Punkt 3.2 an.*

Wie oft brauchen Sie in Bezug auf **rechtlich abweichendes Sexualverhalten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**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) |

|  |
| --- |
| ***Hinweis:*** *Folgendes Raster bitte* ***leer lassen****, es wird* ***durch die FAS*** *ausgefüllt. Die Punkte ergeben sich direkt aus Ihren Antworten in der Selbsteinschätzung.* |

|  |
| --- |
| **IBB-Indikatorenraster Wohnen PB / SB**  © Kantone AI AR GL GR SG SH TG ZH 2019 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Themenbereiche** | **Indikatoren** | | | **Punkte** | **max. Pkt.** |
| **1** | Pflege und Ernährung | 1.1. Medikamenteneinnahme und Medikamentencompliance | | |  | 8 |
| 1.2. Gesundheitsrelevante Zusammenarbeit | | |  | 4 |
| 1.3. Körperpflege, besondere medizinische Massnahmen und Nahrungseinnahme | | |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Bekleidung und Mobilität | 2.1. Ankleiden, Arbeitsweg und Behördengänge | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Lebenspraktiken | 3.1. Lebenspraktische Fähigkeiten | | |  | 4 |
| 3.2. Soziale Integration | | |  | 8 |
| 3.3. Individuelle Ziel- und Entwicklungsplanung | | |  | 8 |
| 3.4. Freizeitaktivitäten | | |  | 8 |
| 3.5. Administrative Aufgaben | | |  | 8 |
| 3.6. Regelverletzendes Verhalten | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Sicherheit und Stabilität | 4.1. Betreuung in der Nacht | | |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen | 5.1. Sucht | | |  | 4 |
| 5.2. Nähe und Distanz | | |  | 8 |
| 5.3. Psychische Krankheitssymptome, Auto- und Fremdaggressionen | | |  | 8 |
| 5.4. Rechtlich abweichendes Sexualverhalten | | |  | 8 |
|  |  |  |  | **Total IBB Punkte** |  | **100** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **IBB-Stufe** |  |  |
|  |  |  |  | **HE** |  |  |
|  |  |  |  | **Gesamtstufe** |  |  |