

ITP[®]-Zusatzbogen zur pflegerischen Unterstützung

Name	Geburtsdatum
Erstellt von (Name)	Erstellt am (Datum)

A. Sozialer Nahraum und gesundheitliche Angaben für Klient / Klientin:

1. In welcher sozialen Situation wird die Pflege geleistet?

2. Liegen besondere Versorgungskonstellationen und Pflegerisiken vor? (z.B. ausgeprägte Schmerzsymptomatik, andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit, ausgeprägte Spastiken / Kontrakturen, respiratorische Insuffizienz, Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung, Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit / auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis). Liegen Pflegerisiken vor? (Strukturierte Informationssammlung Pflege – tägliche Dokumentationsanforderung) Dekubitus, Schmerz, Sturzgefahr, Inkontinenz, Ernährung (häufige oder kontinuierliche pflegerische Unterstützung der Ernährung durch Sondennahrung mit Fremdhilfe oder parenterale Ernährung).

3. Sind Chronische Erkrankungen – gravierende körperliche Gesundheitsprobleme – bekannt?

(z.B. Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Kiefer und Zahnerkrankungen, Knochen und Gelenkerkrankungen, Epilepsien, Diabetes, chronisch rezidivierende Autoimmun-Erkrankungen...).

4. Ist häufige oder kontinuierliche krankenpflegerische Unterstützung / **Behandlungspflege** verordnet?

(z.B. Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Stomaversorgung, Katheter).

5. Ist häufige oder kontinuierliche **körperlich-pflegerische Unterstützung** verordnet bzw. nötig und vereinbart?

(z.B. bei Einreibungen, Kälte- oder Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck), Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln – z.B. Prothesen, kieferorthopädischen Apparaturen, Kompressionsstrümpfen, bei Verbandwechsel, Abführmethoden, Einhaltung von Diäten oder anderen ärztlichen Verhaltensvorschriften).

6. Ist häufige oder kontinuierliche **Assistenz bei krankheitsbezogenen Anforderungen** nötig und vereinbart?

(z.B. erforderliche Koordination und Erinnerung an Termine, Organisation von Fahrten – ist persönliche Begleitung zu therapeutischen oder ärztlichen Terminen nötig? –, Erinnerung an Medikamenteneinnahme, Beschaffung und Organisation der Medikation, persönliche Berücksichtigung von besonderen Zeiten der Medikation?)

7. Ist eine häufige oder kontinuierliche **Assistenz bei der Organisation von Therapie oder Gesundheitsleistungen** erforderlich?

8. Welche **pflegerelevanten persönliche Faktoren** sind zu beachten?: (z.B.: persönlicher Tag-Nachtrhythmus, Bevorzugung / Akzeptanz von Männern / Frauen bei der Pflegeunterstützung, Vorlieben bei Ansprache / Körperkontakt).

Folgerungen für das Themenfeld A

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Mobilität

1. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung beim Positionswechsel** erforderlich?
(im Bett, beim Sitzposition halten, beim Aufstehen oder Umsetzen).

2. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei der Bewegung innerhalb des Wohnbereichs** erforderlich?
(hier auch Besonderheiten des Umfeldes erwähnen!).

3. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung beim Treppensteigen** erforderlich?

4. Wird häufig oder kontinuierlich **herausforderndes Verhalten bei der Mobilität** erlebt?
(z.B. hoher Bewegungsdrang, Abwehr / Verweigerung von Bewegungen).

Folgerungen für das Themenfeld B

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

C. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

1. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung beim Erkennen von Personen** aus dem näheren Umfeld,
bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung erforderlich?

2. Häufige oder kontinuierliche Unterstützung bei **Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis, bei mehrschrittigen Alltagshandlungen?**

3. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung beim Verstehen von einfachen Sachverhalten und Informationen oder bei Entscheidungen des Alltagslebens und beim Einschätzen von Risiken und Gefahren** erforderlich?

4. Häufige oder kontinuierliche **Unterstützung beim Mitteilen elementarer Bedürfnisse, beim Verstehen von Aufforderungen oder bei der Beteiligung an einem Gespräch?** – Unterstützte Kommunikation –

5. Wird oder werden häufig oder kontinuierlich herausforderndes **Verhalten / bzw. Risiken bei der Kommunikation** erlebt?
(z.B. sehr häufiges Wiederholen und Nachfragen, Beschimpfen und Schreien, Verweigern von Kommunikation).

Folgerungen für das Themenfeld C

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

D. Leben in sozialen Beziehungen: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt. Zur Erarbeitung von psychosozialen therapeutischen Strategien siehe hier auch Bogen C – herausforderndes Verhalten)

1. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei motorischen Verhaltensauffälligkeiten, nächtlicher Unruhe, selbstschädigendem oder autoaggressivem Verhalten** nötig?

2. Wird häufige oder kontinuierliche **Unterstützung der Person bzw. des Umfeldes bei Beschädigung von Gegenständen, verbaler Aggression, physisch aggressivem Verhalten und der Abwehr von pflegerischen Maßnahmen** benötigt?

3. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängsten, Antriebslosigkeit, depressiver Stimmungslage und inadäquaten Verhaltensweisen / Handlungen** erforderlich?

4. **Birgt häufiges oder kontinuierliches herausforderndes Verhalten der Person deutliche Risiken in sozialen Beziehungen?** (Gestaltung der Beziehungen im häuslichen Umfeld, im außerhäuslichen Bereich).

5. **Wird die Person in ihren sozialen Beziehungen durch Nicht-Fachkräfte unterstützt?** (z.B. durch Freunde, Angehörige)

Folgerungen für das Themenfeld D

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Selbstversorgung

1. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische **Unterstützung bei der Blasenkontrolle oder Darmkontrolle / Inkontinenz bzw. der künstlichen Harnableitung oder Colo/Ileostoma-Versorgung** erforderlich?

2. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische **Unterstützung beim Waschen des vorderen Oberkörpers, des Intimbereichs, beim Kämmen, der Zahnpflege / Prothesenreinigung und ggfs. beim Rasieren** nötig?

3. Ist eine häufige oder kontinuierliche pflegerische **Unterstützung des Duschens oder Badens und beim Auskleiden** des Ober- oder Unterkörpers erforderlich?

4. Ist eine häufige oder kontinuierliche **Unterstützung beim Essen und / oder Trinken** erforderlich? (z.B. Erforderlichkeit von mundgerechter Zubereitung / Eingießen oder Bereitstellung von Essen, Trinken in Griffbereitschaft servieren).

E. Selbstversorgung (Fortsetzung)

5. Ist eine häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei der Toilettenbenutzung und der Intimhygiene / Menstruation** erforderlich?

6. Gibt es bei der pflegerischen Unterstützung zur Umsetzung größtmöglicher Autonomie und Kompetenz herausfordernde Spannungsfelder der Akzeptanz von persönlichen Vorlieben für Fachkräfte im Bereich Hygiene / Ethik / Sorge?

Folgerungen für das Themenfeld E

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

F. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte außerhäusliche Aktivitäten

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

1. Ist eine häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufs** bzw. bei dessen Anpassung an Veränderungen beziehungsweise beim sich Beschäftigen und der Planung von Zukunft nötig?

2. Benötigt ihre Klientin / ihr Klient häufige oder kontinuierliche nicht-medikamentöse Unterstützung beim Ruhen und Schlafen?

3. Ist eine häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei der Interaktion mit Personen im direkten Kontakt** und bei der Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfeldes erforderlich?

4. Ist häufig oder kontinuierlich **Unterstützung beim Verlassen der Wohnung / des Wohnbereiches**, nötig – und weshalb?

5. Benötigt ihre Klientin/ ihr Klient häufig oder kontinuierlich **Unterstützung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel** und / oder beim Mitfahren in einem PKW oder Taxi?

6. Ist eine kontinuierliche **Unterstützung bei der Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen** erforderlich ?

7. Wird ihre Klientin / ihr Klient bei der Gestaltung des Alltags bzw. bei außerhäuslichen Aktivitäten durch Nicht-Fachkräfte (z.B. Freunde, Angehörige..) unterstützt? Wer unterstützt bei was?

Folgerungen für das Themenfeld F

Wie häufig erforderlich?

a)

b)

c)

G. Haushaltsführung

1. Ist häufig oder kontinuierlich **eine Unterstützung des Einkaufens für den täglichen Bedarf** / die Bereitstellung von Lebensmitteln nötig?

2. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei der Zubereitung von einfachen Mahlzeiten und (Heiß-)Getränken** erforderlich?

3. Ist häufige oder kontinuierliche **Unterstützung bei einfachen und/oder aufwändigen Aufräum- und Reinigungsarbeiten** erforderlich?

4. Benötigt ihre Klientin / ihr Klient häufig oder kontinuierlich **Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen**, bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten, bei der Regelung von Behördenangelegenheiten ?

5. Hat Ihre Klientin / ihr Klient **Unterstützung bei der Haushaltsführung durch Nicht-Fachkräfte** (Freunde, Angehörige...) Wer macht was?

6. Benötigt ihre Klientin / ihr Klient häufig oder kontinuierlich **Unterstützung bei Konflikt-Risiko- und Aushandlungssituationen, die sich durch Pflegehandlungen und Wohnsituation ergeben?**

Folgerungen für das Themenfeld G

(Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Wie häufig erforderlich?

a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erstellt von (Name)	Erstellt am (Datum)

A. Sozialer Nahraum und gesundheitliche Angaben für Klient / Klientin:

Folgerungen für das Themenfeld A	Wie häufig erforderlich?
a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche der Folgerungen aus dem Themenfeld 3 haben eine Bedeutung für die aktuelle Situation Ihrer Klientin / Ihres Klienten?

Diese pflegerrelevanten Hinweise bitte auch auf Seite 2 des ITP unter 4. Stichworte zur aktuellen Situation ggfs. unter b, c, oder d eintragen.

Werden regelmäßig SGB V (Krankenversicherungsleistungen) in Anspruch genommen – dann kreuzen Sie bitte auf Seite 1 ganz unten rechts das Feld an. Bitte tragen Sie chronische Erkrankungen / anhaltende gesundheitliche Belange in das Freifeld auf Seite 1 (z.B. Diabetes). Diese sollten auch mit einem Schweregrad der Beeinträchtigung eingeschätzt werden, dies kann auf Seite 3 **l k** im Freifeld eingetragen werden (wenn möglich bereits mit ICF-Code (platzsparend), wenn schriftsprachlich zu wenig Platz ist, nutzen Sie das Ergänzungsblatt).

B. Mobilität

Folgerungen für das Themenfeld B	Wie häufig erforderlich?
a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Andauernde Mobilitätseinschränkungen sollten im ITP in Stichworten auf S. 2 unter 4 Stichworte zur aktuellen Situation im Feld c eingetragen werden. Um den Schweregrad der Beeinträchtigung einzuschätzen, sollten Sie auf Seite 3 unter Punkt 7, **l g** den *Beeinträchtigungsgrad des Gehens*, sowie unter **lll a** *sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen* und **lll b** auch die *Einschränkungen beim Nutzen von Transportmitteln* angeben.

E. Selbstversorgung

Folgerungen für das Themenfeld E	Wie häufig erforderlich?
a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte schätzen Sie auf Seite 3 unter **lll e** das *sich waschen und den Körper pflegen* in der Ausprägung der Beeinträchtigung ein. Ebenso das *Essen / Essverhalten* unter **lll c**, das *Trinken* unter **lll d** und die *Toilettenbenutzung* unter **lll f**.

G. Haushaltsführung

Folgerungen für das Themenfeld G (Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)	Wie häufig erforderlich?
a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte schätzen Sie auf Seite 3 das Ausmaß der Beeinträchtigungen unter **lll i** *Einkaufen*, **lll j** *Mahlzeiten zubereiten*, **lll k** *Hausarbeiten erledigen*, **lll c** *Umgang mit Geld, Kontoführung*, **lll w** *Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden* ein.

Die folgenden Bereiche der pflegerischen Unterstützung haben große Überschneidungsbereiche mit einer Unterstützungsplanung im Bereich der Eingliederungshilfen / Teilhabe. Ein Übertrag von Erkenntnissen sollte nur erfolgen, wenn im Rahmen der Gesamtplanung / ITP diese nicht bzw. noch nicht berücksichtigt waren.

C. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)

Folgerungen für das Themenfeld C		Wie häufig erforderlich?
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: Bei ausgeprägten und umfassenden Hilfen im Bereich herausfordernden Verhaltens sollte zunächst der pädagogisch-therapeutische Anamnesebogen bearbeitet werden und der Übertrag dieser Erkenntnisse dann im Ergänzungsbogen C in den ITP erfolgen. Falls dies nicht zutrifft, oder nur wenige Hinweise auf notwendige pflegerische Unterstützung vorliegen, sollten Sie auch hier nur Angaben übertragen, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.

Falls beide Hinweise nicht zutreffen, wären im ITP *Beeinträchtigungen der Orientierung* auf Seite 3 unter **I h**, die *Beeinträchtigungen des Gedächtnis* bei **I n** bzw. auch **I c** (*höhere kognitive Funktionen*), *Beeinträchtigungen der Kommunikation* unter **I r**, ggfs. auch bei **I o** (*Lesen und Schreiben*) bzw. unter **I j** (*Hören*) oder **I i** (*Sehen*) zu berücksichtigen.

D. Leben in sozialen Beziehungen : Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Folgerungen für das Themenfeld D (Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)		Wie häufig erforderlich?
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis: bei ausgeprägten und umfassenden Hilfen im Bereich herausfordernden Verhaltens sollte zunächst der pädagogisch-therapeutische Anamnesebogen wie der Übertrag dieser Erkenntnisse in den ITP erfolgen. Bitte übertragen Sie auch bei wenig umfassenden Hinweisen auf pflegerische Unterstützung diese nur, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.

Im ITP wären Beeinträchtigungen hier unter **I f** *Impulskontrolle* im Ausmaß einzuschätzen, ebenso **I a** *Antrieb*, **I b** *psychische Stabilität*, **I c** *emotionales Erleben*, **I d** *Inhalt und Kontrolle des Denkens* und **I e** *Drang nach Suchtmitteln*. Der gesamte Abschnitt II des ITP ist den sozialen Beziehungen gewidmet, hier könnte dann ggfs. spezifischer als in der Vorgabe der pflegerischen Unterstützung der Umfang einer Beeinträchtigung eingeschätzt werden.

F. Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte außerhäusliche Aktivitäten

Folgerungen für das Themenfeld F (Nur nutzen, wenn das Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.)		Wie häufig erforderlich?
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte übertragen Sie Angaben aus der pflegerischen Unterstützung nur, wenn dieses Themenfeld nicht im Bereich der Teilhabeziele liegt.