

## Das Trajekt-Modell

Beim Trajekt-Modell handelt es sich um ein Pflegemodell, das in besonderer Weise die Situation chronisch kranker Menschen berücksichtigt. Es wurde in den USA von der Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin Juliet Corbin und dem Soziologen Anselm Strauss entwickelt („Corbin-Strauss-Modell“). Es stützt sich in seiner Anwendung auf empirische Forschungen, die über einen Zeitraum von ca. 30 Jahren im Sinne der „Grounded Theory“ durchgeführt wurden. In diesen Forschungsprojekten wurden u.a. die berufliche Praxis von Pflegepersonen und ihre Erfahrungen bei der Pflege von Patienten mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen beobachtet und untersucht sowie später die praktische Anwendung des Modells bei diesen Patienten (z.B.: Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, HIV/AIDS, Diabetes Mellitus, Multiple Sklerose usw.).

Die englische Bezeichnung „trajectory“ bedeutet wörtlich übersetzt „Flugbahn“ und verbildlicht somit den Verlauf einer chronischen Erkrankung in ihren unterschiedlichen Stadien und Phasen. Es handelt sich um ein ganzheitliches, fallbegleitendes Bezugspflegesystem, das darauf basiert, bei chronischen und sehr schweren Krankheitsverläufen die Biografie des Patienten (seine Lebensgeschichte) und sein soziales Umfeld einzubeziehen.

Der Patient wird als aktiver Partner in Gesundheit, Prävention, Krankheit und Rehabilitation gesehen. Dabei hilft die Bezugspflegekraft, den Patienten in seiner Selbstständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu unterstützen und ihn dazu zu befähigen, ein möglichst „normales“ Leben zu führen. Sie leistet ihm Hilfestellung beim Zugang zu Ressourcen der Gesundheits- und Sozialleistungen, bietet ihm ein Versorgungskontinuum an und begleitet ihn pflegerisch über die gesamte Fallgeschichte hinweg. Das Modell sieht vor, Case Management praktisch umzusetzen.

Chronische Krankheiten sind ernste Erkrankungen, die unter Umständen das gesamte Leben des Betroffenen über andauern. Sie beeinflussen das psychische, emotionale und soziale Wohlbefinden der Person. In vielen Fällen haben sie negativen Einfluss auf die Lebensqualität. Der Betroffene benötigt auf seinem Weg für die Krankheitsbewältigung Unterstützung durch das Gesundheitssystem. Im Sinne des Trajekt-Modells (TM) soll daher ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau zwischen der betreuenden Pflegekraft und dem Patienten erfolgen.

Der Pflegeprozess innerhalb des TM berücksichtigt diese Grundsätze und wird in 5 Phasen eingeteilt:

- Assessment des Patienten in seiner Familie, Festsetzen von Zielen [hervorgehobene Bedeutung der „caregiver“, Feststellung von Problemen und deren Ziele bei der *Pflegeintervention* ( $\Rightarrow$  *pflegerische Behandlungsmaßnahmen*)]
- Einschätzung von Bedingungen, welche die Behandlung beeinflussen (Umstände, die die Realisierung der Ziele fördern/behindern)
- Definition des Interventionsschwerpunktes (Wünsche und Möglichkeiten im Hinblick auf das weitere Leben mit der Krankheit)
- Pflegeintervention (immer aktuell und flexibel; Pflegeperson muss merken, ob sich die Situation des Patienten geändert hat und muss diese Veränderung an den Prozess anpassen)
- Evaluation der Effektivität von Pflegeinterventionen (die Pflegeperson überwacht die Behandlungsstrategie aus Sicht des Patienten und passt sie dem aktuellen Krankheitsstand an)

In Beachtung aller 5 Phasen erhebt die Pflegekraft systematisch alle für den Krankheitsverlauf wichtigen Informationen. Es erfolgt eine umfassende Einschätzung der aktuellen Situation und der notwendigen pflegerischen Maßnahmen unter Einbeziehung des Patienten und seiner Familie. Dabei findet eine bedarfsorientierte Information und Beratung durch die Pflegekraft statt. Diese Situationseinschätzung muss regelmäßig aktualisiert werden. Gerade bei chronischen Erkrankungen finden sich starke Schwankungen im Verlauf, deren Beachtung einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden des Betroffenen ausübt.

Im Laufe ihrer Studien haben Corbin&Strauss festgestellt, dass die Verläufe chronischer Erkrankungen in Abhängigkeit der jeweiligen Erfahrungen der Betroffenen zwar sehr individuell und unterschiedlich sind, jedoch in bestimmten Aspekten Gemeinsamkeiten aufweisen. Sie haben diese Gemeinsamkeiten in Form der Beschreibung von 8 Stadien des Krankheitsverlaufes zusammengefasst.

Das **erste Stadium** eines Krankheitsverlaufes wird bereits als die Zeit *vor* dem Eintreten der Erkrankung definiert, also vor dem Auftreten von Symptomen und bevor eine offizielle Diagnose erstellt worden ist. Die Einbeziehung dieser Phase in die Abbildung des Krankheitsverlaufes hebt die Bedeutung der *Krankheitsprävention* hervor. Sobald Anzeichen oder Symptome für eine Erkrankung auftreten, stellen diese den Ausbruch der Erkrankung bzw. den Beginn der Krankheitsverlaufskurve dar. Dieser Zeitpunkt bedeutet eine signifikante Gesundheitsgefährdung (**Krise**) für den Patienten, bezogen auf die ganzheitliche Situation des Betroffenen, also seinen Körper, seine Psyche und sein soziales Umfeld. Dieser Krankheitsbeginn kann sich in einer akuten Krankheitsperiode äußern, die aktive Interventionen erfordert, gewöhnlich durch den stationären Aufenthalt in einer Klinik (**akute Phase**). Bereits hier sollten die angestrebten Versorgungsstrukturen greifen, um eine Verschlechterung der Situation zu vermeiden oder das Auftreten von Komplikationen zu verhindern, die mit den Auswirkungen der Erkrankung zusammenhängen. Sind diese Maßnahmen und Interventionen effektiv, kann eine stabile Phase erreicht werden, die unterschiedliche Grade an Unterstützungen erfordert, um den erreichten Zustand aufrecht zu erhalten (**stabile Phase**). Das Ausmaß der pflegerischen Interventionen ist jeweils von der Phase der Krankheitsverlaufskurve abhängig, in der der Patient sich gerade befindet.

Bei chronischen Verläufen ist es dennoch nicht vermeidbar, dass neue Krankheitsschübe auftreten können, die direkt oder indirekt mit der Erkrankung zusammenhängen. Diese Situation verlangt eine Neu Beurteilung und Anpassung der Maßnahmen, für gewöhnlich ohne stationäre Einweisung, um Stabilität und Bewältigung des Schubes zu fördern (**instabile Phase**). Reaktionen auf diese Interventionsschwerpunkte zur Erholung des Patienten können an einigen Stellen nicht erfolgreich sein und der Zustand des Patienten kann sich verschlechtern (**abfallende Phase**), bis zu einem Punkt, wo der Patient unheilbar krank ist (**Sterbephase**).

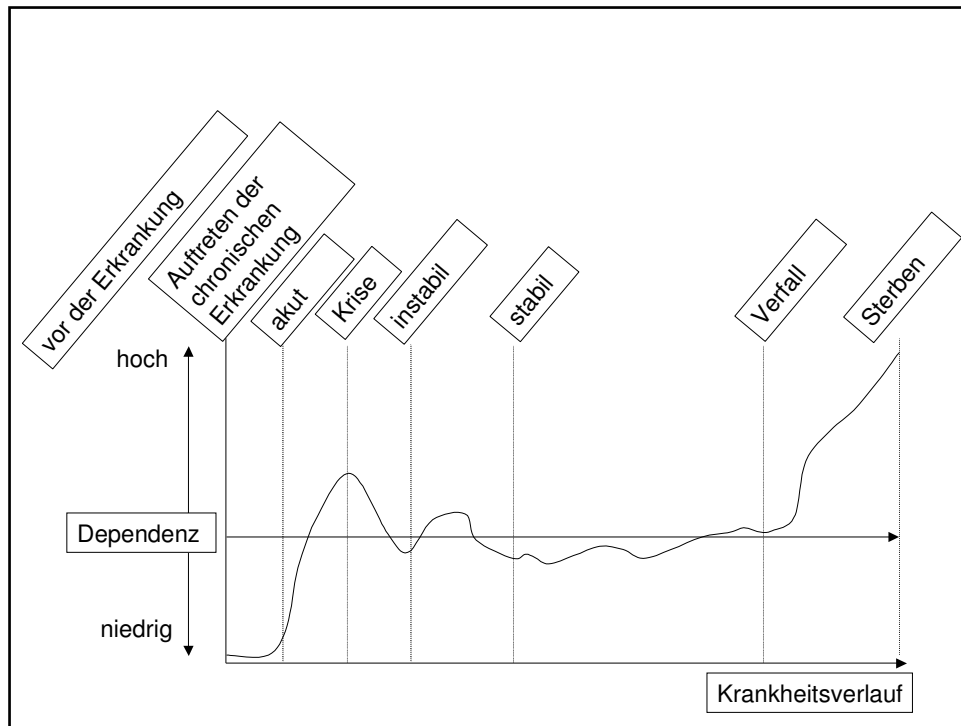


Abbildung 1: Pflege- und Krankheitsverlaufskurve beim Trajekt-Modell. Quelle: eigene Erstellung in Anlehnung an die Darstellung von Hüls Witt, A. und Loch, M. (2005).

Das Stadium, in der die betroffene Person sich befindet, bestimmt das Ausmaß der jeweiligen pflegerischen Aktion. Der Verlauf der Erkrankung kann, orientiert am Auftreten der Stadien, in der so genannten „Pflege- und Krankheitsverlaufskurve“ bildlich dargestellt werden, wodurch (auch innerhalb eines Stadiums) Umkehrungen, Wendepunkte, Auf- und Abwärtsbewegungen und/oder Einbrüche sichtbar werden. Diese Dynamik spiegelt die kontinuierlichen Veränderungen und Anpassungen wider, die das Leben mit einer chronischen Erkrankung mit sich führt. Jedes Stadium bringt bestimmte Probleme und Fragen für den Patienten und seine Familie mit sich. Trotzdem können *keine* Vorhersagen über den Krankheitsverlauf getroffen werden, es handelt sich stets um einen *individuellen* Verlauf. Chronische Erkrankungen sind von Person zu Person und von Diagnose zu Diagnose unterschiedlich. Obwohl individuelle Krankheitsverläufe nur rückblickend gemessen werden können (anhand der jeweiligen Reaktion auf die Erkrankungsphase) kann die Darstellung der Verlaufskurve eine voraussichtliche Sichtweise eines denkbaren Verlaufes ermöglichen, beruhend auf Wissen, Kenntnissen, Überzeugungen, Werten und Erfahrungen der Patienten und der (Pflege-)Experten. Der Schlüssel zum Nutzen des TM liegt in der oben angesprochenen Annahme, dass, obwohl jede Person mit einer chronischen Erkrankung den Krankheitsprozess in einer einzigartigen Weise erlebt, es trotzdem gemeinsame Phasen gibt, welche Veränderungen des Gesundheitszustandes und notwendige Maßnahmen betreffen. Die Einteilung in Phasen dient demnach dazu, bestimmte Merkmale oder Symptome rechtzeitig zu erkennen und einzuschätzen. Daher verlangen diese Beobachtungen ein langfristiges Management. Durch den intensiven Beziehungsaufbau zwischen der Pflegekraft und dem Patienten entsteht eine größere Sensibilität für Veränderungen. Der individuelle Krankheitsverlauf kann im Wesentlichen durch drei Faktoren beeinflusst werden:

- persönliche Merkmale:
  - eigene Identität und Selbstwahrnehmung (Biografie)
  - eigene Motivation

- Wahrnehmung der Krankheit
- Anpassungsfähigkeit und –bereitschaft
- körperliche Einschränkungen
- Erfahrungen, die der Patient mit seiner Erkrankung und deren Behandlung gemacht hat
- äußere Einflüsse:
  - verfügbare Ressourcen (z.B. soziale und/oder wirtschaftliche)
  - betreuende Pflegekraft
- Behandlungsschema:
  - Ziel-, Planungs- und Interventionsfaktoren, die den Krankheitsverlauf bestimmen
  - die von Pflegepersonen durchgeführten Interventionen stellen einen Faktor dar, der den Krankheitsverlauf beeinflussen kann
    - sachkundige und fachgerechte Behandlung durch die Pflegenden
    - gemeinsame Entscheidungen (Patient&Angehörige mit Pflegenden)
    - aktive Teilnahme des Patienten und seiner Angehörigen
    - Information und Wissen des Patienten

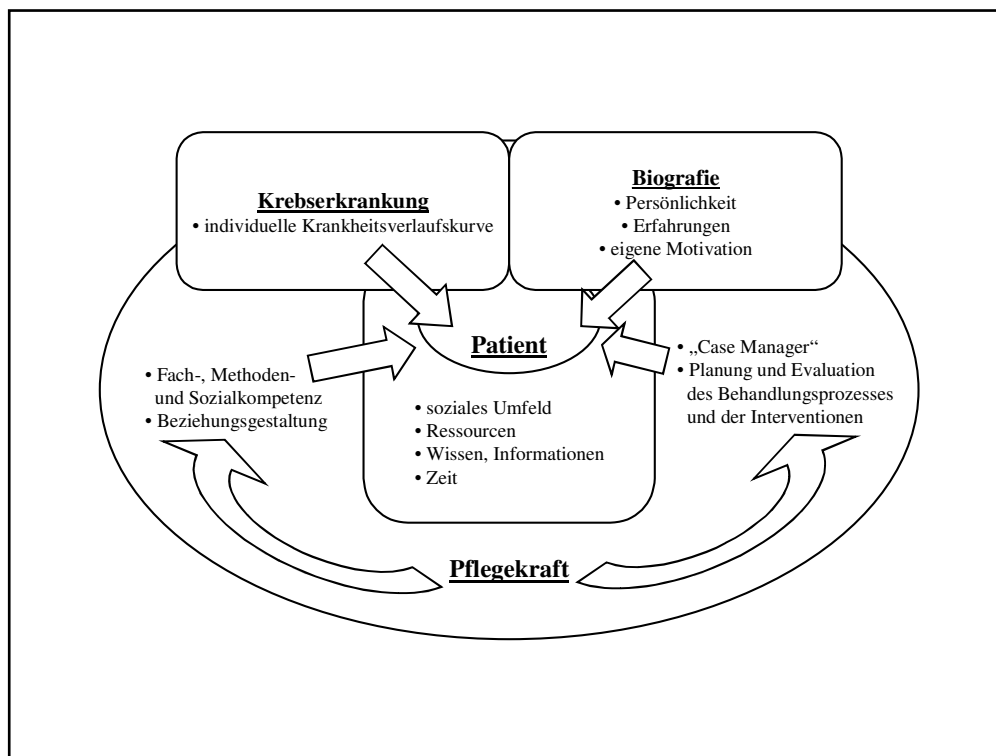


Abbildung 2: Der Patient im Mittelpunkt beim Trajekt-Modell. Quelle: eigene Erstellung

Der Krankheitsverlauf kann durch Hilfestellung in der Selbstversorgung und durch soziale Unterstützung (incl. professioneller Hilfe) gefördert, erleichtert und verbessert werden. Die professionelle Hilfe strebt hierbei eine umfassende, patientenorientierte Betreuung an, also eine ganzheitlich orientierte Pflege. Durch Berücksichtigung der Biografie des chronisch Kranken, seiner Gesundheit (psychisch und physisch), seiner Umwelt und der Pflege, eröffnen sich vielfältige und bessere Möglichkeiten um die Lebensqualität positiv zu beeinflussen. Hierbei soll das optimale Niveau für das Individuum erreicht werden und der Betroffene soll zugleich motiviert werden, danach zu streben. Er wird beim TM stets in alle Planungen einbezogen und trifft alle Entscheidungen soweit er kann selbst. Somit bestimmt er sein Leben weitestgehend selbst. Auf diese Weise haben er - und auch seine

Familie - nicht das Gefühl, der Erkrankung ohnmächtig gegenüberzustehen. Es gilt, die eigene Identität an verbleibende Fähigkeiten anzupassen und neue Möglichkeiten zu finden. Der Erkrankte ist der Gestalter seines eigenen Lebens, Unterordnung unter die Anweisungen medizinischer Fachkräfte wird vermieden.

Gerade für die pflegerische Betreuung von Krebspatienten zeigt sich das TM als geeignetes Konzept. Die Diagnose „Krebs“ ist in der heutigen Zeit nicht mehr einem raschen Todesurteil gleichzusetzen. Trotzdem bedeutet sie einen Schock für den Betroffenen und ist mit großen Ängsten und Wissensmangel bezüglich neuartiger diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten und Behandlungsmaßnahmen verbunden. Das gesamte Umfeld des Patienten ist von der Diagnose betroffen.

Die aktuelle Gesundheitspolitik zielt darauf ab, eine hohe Qualität der Versorgung zu erreichen, bei angemessenem niedrigem Einsatz finanzieller Mittel und einer gewährleisteten Zugänglichkeit sowie besserem Einsatz verfügbarer Ressourcen. Vor dem Hintergrund stetig steigender Kosten im Gesundheitswesen bei fraglicher Qualität jedoch macht die Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen eine neue Annäherung an die Pflege von Krebspatienten notwendig. Die Medizin entwickelt ständig neue Methoden zur Krebstherapie, gleichzeitig verringert sich die Verweildauer im stationären Bereich. Auch komplizierte Krebsbehandlungen werden immer weiter in den ambulanten Bereich verlagert, immer häufiger müssen Angehörige und Familienmitglieder die Verantwortung für die ambulante Pflege von Krebspatienten übernehmen. Gezielte Unterstützung professioneller Pfleger ist hierbei notwendig. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies für das Pflegepersonal, sich trotz relativ kurzer Kontakte mit dem Betroffenen, das entsprechende Wissen über die Erkrankung ihres Bezugspatienten anzueignen, sowie umfassende Informationen über seine Biografie. Nur so ist die Entwicklung geeigneter Bewältigungsstrategien zur größtmöglichen Wiederherstellung der Unabhängigkeit möglich. Anzustreben ist dabei die Förderung eines optimalen Gesundheitszustandes sowie der Erhöhung/Erhaltung der Lebensqualität.

Bedingung zur Implementierung des TM ist die Nutzung eines Bezugspflegesystems. Zudem müssen die Pflegenden durch Schulungen und Weiterbildungen auf ihre neuen Aufgabenbereiche vorbereitet werden. Sie müssen die fachlichen, sozialen und selbstpflegerischen Kompetenzen erlangen. Des Weiteren sollten sie an Kommunikationsschulungen teilnehmen, Erfahrungen in der Biografiearbeit sammeln und Schulungen in der Bezugs- und Überleitungspflege erhalten. Im Rahmen ihrer erhöhten Verantwortungsbereiche müssen sie ihre Organisations-, Kooperations- und Koordinationsfähigkeit verbessern.

### **Fazit**

Das TM dient als Managementinstrument für die professionelle Pflege. Es veranlasst die Pflegeperson dazu, sich in die „Patientenperspektive“ hinein zu denken. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der kontinuierlichen, umfassenden Versorgung, bei der die Person des Erkrankten in seinem Wollen und Können im Mittelpunkt steht. Alle Ressourcen werden erkannt und genutzt, die Pflegekraft greift nur steuernd und gestaltend in den Pflegeprozess ein.

Diese Aufgabenerweiterung im Sinne der ganzheitlichen Betreuung fördert in der Regel die Motivation der Pflegeperson. Das Wissen über den möglichen Verlauf einer Krebserkrankung, das Einschätzen individueller Interventionsmaßnahmen und die Planung und Koordination von Leistungen durch die zuständige Pflegekraft ermöglichen eine integrierte und zugleich auf den Einzelfall abgestimmte Pflege.

Das TM kann zudem gut mit anderen, bereits genutzten Pflegemodellen kombiniert werden und diese um Aspekte der Pflege chronisch Kranker ergänzen. Es verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, fügt sich lückenlos in das Konzept der Integrierten Versorgung ein

und somit auch in die Strukturen des Care- und Case Managements. Allerdings müssen die erforderlichen Rahmenbedingungen durch das Gesundheitssystem gewährleistet sein und zur Verfügung gestellt werden: es muss ausreichend Personal vorhanden sein, die Dienstzeiten müssen flexibel den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden können und es muss aktiv an der Vernetzung von stationär und ambulant gearbeitet werden. Hierzulande besteht eine Schwierigkeit in der Umsetzung darin, dass eine Bezugspflegerkraft sowohl stationär als auch ambulant für den Patienten verantwortlich sein soll. Daher sollte im Sinne der Integrierten Versorgung eine Vernetzung von Institutionen stattfinden, um ein Versorgungskontinuum zu gewährleisten.

