

Der findes ikke evidens for tracermetodens anvendelse til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hverken nationalt eller internationalt

Merete Eis Lund¹, Marianne N. Skov² & Jan Mainz^{3,4}

STATUSARTIKEL

1) Klinisk Immunologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

2) Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

3) Aalborg Universitetshospital, Aalborg Psykiatriske Sygehus

4) Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet

Med kravet om at de danske hospitaler skal akkrediteres efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), er fokus på metoder til kvalitetsvurdering ved internt og eksternt survey øget.

Tracermetoden blev oprindeligt introduceret af den amerikanske akkrediteringsorganisation The Joint Commission i 2004 i forbindelse med akkrediteringsvurdering af hospitalsvæsenet i USA. Tracermetoden anvendes i dag i Danmark af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) til ekstern kvalitetsvurdering i forbindelse med akkrediteringsvurdering efter DDKM af de danske hospitaler. I den anden version af DDKM anbefales metoden ligeledes til intern kvalitetsvurdering på hospitalerne.

På trods af metodens store udbredelse, og på trods af at det virker intuitivt rigtigt at følge patientens vej eller en kompleks proces igennem systemet, er der behov for at undersøge evidensgrundlaget for metodens anvendelse. Endvidere er der behov for en nærmere beskrivelse af brugen af metoden og en kritisk holdning til, hvilke standarder der afdækkes fyldestgørende vha. metoden, og hvilke standarder der kræver afdækning på anden vis.

BESKRIVELSE AF METODERNE

Tracermetoden er grundlæggende en kvalitativ metode til belysning af kvaliteten af sundhedsvæsenets

ydelse i konkrete patientforløb med henblik på problemidentifikation og hypotese generering.

I litteraturen beskrives tracermetoden og dens anvendelse oftest ud fra, hvad man som hospital kan forvente, når metoden anvendes af den akkrediterende organisation, og hvordan man kan anvende metoden som forberedelse til et akkrediteringsbesøg [1-3]. En forberedelse, der blandt andet består i at vænne personalet dels til metoden, dels til at besvare spørgsmål, der bliver stillet i forbindelse med anvendelsen af metoden. Forberedelsen medfører, at personalet føler sig mere trygge under akkrediteringsbesøget [4], hvilket beskrives at kunne have betydning for udfaldet af besøget [5].

I enkelte referencer beskrives det, hvordan man kan anvende tracermetoden som internt kvalitetsforbedringsværktøj med henblik på at identificere processer eller systemer med problemer, f.eks. fragmenteret pleje, kommunikationsfejl eller lignende [4-8]. Metoden beskrives at kunne bidrage til at skabe sammenhæng for den enkelte medarbejder mellem hospitalets politikker, procedurer, den faktiske pleje og den behandling, der gives [3], samt at den kan anvendes til at skabe løbende forbedringer [9].

Patienttracere

Det grundlæggende princip i en patienttracer er, at *surveyor* følger et behandlingsforløb for en konkret patient. Med patienttraceren tager man således udgangspunkt i en specifik patient og følger patientens forløb (spor) fra indlæggelse til udskrivelse.

Med traceren vil man oftest tage udgangspunkt i en patient, som stadig er indlagt, eller i en patient, der lige er blevet udskrevet eller er i ambulans behandling. Når primærsektoren bliver akkrediteret efter DDKM, vil metoden være velegnet til at evaluere overgangene mellem f.eks. de alment praktiserende læger, det kommunale sundhedsvæsen og hospitalerne.

Oftest påbegynder *surveyor* patienttraceren på den afdeling, hvor patienten er indlagt. På afdelingen vil personalet blive bedt om at gennemgå journalen. Typisk vil *surveyor* have brug for at få journalen gen-



Det grundlæggende princip i en patienttracer er, at *surveyor* følger et behandlingsforløb for en konkret patient.

nemgâet og belyst ud fra såvel en lægefaglig som en sygeplejefaglig vinkel. Flere kilder sammenligner journalen med et vejkort som et billede på, hvordan *surveyor* anvender journalen til afdækning af patientens vej igennem sundhedssystemet [3, 7, 10]. Med udgangspunkt i de afdelinger, patienten har været i kontakt med, planlægges traceren.

En typisk patienttracer for en patient med en hof-tenâr fraktur kan efter journalgennemgangen omfatte et besøg på skadestuen, hvor patienten er modtaget, herefter røntgenafdelingen, operationsgangen, opvågningsafsnittet og endelig sengeafsnittet, hvor patienten er indlagt. Traceren kan eventuelt også føre til hospitalets laboratorieafsnit, hvis patienten har fået taget blodprøver til analyse eller har fået en blodtransfusion i forbindelse med en operation. Derudover kan traceren involvere rehabiliteringsafsnittet, som står for genoptræningen.

I løbet af patienttraceren holdes forhold om behandling og pleje af patienten op imod gældende standarder og kliniske retningslinjer, ligesom indbyrdes forhold og interaktion mellem faggrupper, afdelinger, ydelser, behandlinger og afsnit vurderes [6]. Ovennævnte emner afdækkes ved gennemgang af journalen samt samtaler med og observationer af det involverede personale. Alle faggrupper kan inddrages. Patienten og dennes pårørende kan eventuelt også inddrages til afdækning af patientforløbet og til afdækning af overensstemmelsen mellem personalets beskrivelse af forløbet og patientens oplevelse af samme.

I en patienttracer er det i princippet muligt at inddrage alle relevante akkrediteringsstandarder. Typisk vælges og prioriteres akkrediteringsstandarder, der er særligt relevante for det konkrete patientforløb.

Identificeres der i forbindelse med journalgennemgangen eventuelle problemer, kan *surveyor* vælge at gennemgå yderligere patientjournaler til verifikation af problemet.

Systemtracere

I en systemtracer følges komplekse processers forløb gennem sundhedssystemet, f.eks. medicinering og hygiejne- og infektionskontrol. Systemtraceren kan tage udgangspunkt i en dokumentgennemgang af hospitalets overordnede retningslinjer samt et tværgående interview med relevant personale.

En systemtracer på hygiejne og infektionskontrol kan efter en dokumentgennemgang begynde med et tværgående interview med hospitalets hygiejnekomite, hvor der med afsæt i hospitalets infektionskontrolløverbvågning og andre data drøftes forskellige aspekter af hospitalets program for infektionskontrol og -forebyggelse.



FAKTABOKS

Akkreditering af de danske hospitaler er blandt andet baseret på en kvalitetsvurdering tilvejebragt ved anvendelse af tracermetoden.

Tracermetoden er introduceret af The Joint Commission i 2004 og anvendes internationalt til kvalitetsvurdering af hospitaler.

Tracermetoden omfatter patienttracere og systemtracere.

Patienttraceren følger en specifik patient og dennes forløb gennem sundhedssystemet.

Systemtraceren følger komplekse processer forløb gennem sundhedssystemet.

Der findes ikke evidens for tracermetodens anvendelse, hverken nationalt eller internationalt.

Metoden opleves dog som et værdifuldt værktøj til kvalitetsvurdering af hospitaler og tværsektorielle forløb.

Metoden anbefales i den anden version af Den Danske Kvalitetsmodel til intern kvalitetsvurdering på hospitalerne.

Det bør undersøges, hvilke standarder i Den Danske Kvalitetsmodel metoden belyser fyldestgørende, og der bør opsamles erfaringer om, hvorvidt metoden har begrænsninger i forhold til den enkelte standard.

Herefter aflægges f.eks. besøg på infektionsmedicinsk afdeling, hvor procedurerne for enkelte patienter, der er i isolation, gennemgås. Fund i relation til systemtracere kan desuden give input til fokusområder på de efterfølgende patienttracere.

EVIDENS

Da man i flere akkrediteringsorganisationer anvender tracermetoden i kvalitetsvurderingen af hospitaler, kunne det forventes, at der fandtes evidens for metodens anvendelse.

Baseret på en omfattende litteratursøgning i videnskabelige litteraturl databaser, afledt litteratur fundet ved gennemgang af artikler fra databaserne samt indhentning af litteratur fra nettet, såsom Google, diverse hjemmesider for akkrediteringsorganisationer m.m. har det dog ikke været muligt at finde evidens for metodens anvendelse til kvalitetsvurdering.

Ifølge litteraturen foretog The Joint Commission i 2002 og 2003 et pilotstudie af tracermetoden, før den blev taget i brug på The Joint Commissions akkrediteringsbesøg fra den 1. januar 2004. Trods intensiv litteratursøgning og kontakt til The Joint Commission har det dog hverken været muligt at skaffe en detaljeret beskrivelse af pilotstudiet eller resultater fra dette. I omtale af pilotstudiet kan man læse, at forsøget inkluderede 18 hospitaler [11], og ifølge en rapport fra United States Government Accountability Office [11] hævder The Joint Commission, at den nye metode er bedre end tidligere metoder, idet den resulterede i, at et øget antal hospitaler fik tildelt en ikkefavorabel akkrediteringsstatus end ved anvendelse af den tidligere *survey*me-

tode. The Joint Commission beskriver selv, at hvert element i den nye akkrediteringsproces blev testet [12] løbende i forbindelse med forsøget, og at der blev identificeret en række områder, der krævede forbedring, f.eks. logistik, rapportens indhold og udvælgelse af patienter til patienttracere [12].

Pilotstudiet gav ligeledes anledning til en del positive tilbagemeldinger fra de deltagende institutioner; f.eks. mente 100%, at den nye surveyproces havde resulteret i en kvalitetsforbedring af den pleje og sikkerhed, der blev givet i organisationerne, og at processen var i overensstemmelse med den normale arbejdsgang på hospitalerne og derfor værdiskabende qua interaktionerne med personalet og fokusering på emner af betydning for sundhedsydelsen [12].

Litteraturgennemgangen viser således, at der er behov for, at metodens effekter undersøges i kontrolleret regi.

Trods den manglende evidens for tracermetodens effekt og anvendelse synes det at være intuitivt rigtigt at vurdere kvaliteten af hospitalets arbejde blandt andet med udgangspunkt i et patient- eller systemforløb. Erfaringer med anvendelse af metoden beskrives da også som meget positive. Således beskrives metoden at have stor værdi ikke bare som forberedelse til akkrediteringsbesøg, men også til identifikation af processer eller systemer med ikke-tilfredsstillende kvalitet [4, 6]. Kvalitetsvurdering baseret på anvendelse af tracermetoden er i USA ydermere blevet oplevet som mere reel og retvisende og mindre som tidligere en oplevelse af *clean-the-house-for-the-mother-in-law-mindset* i relation til akkrediteringsbesøgene. I en del referencer beskrives desuden, at metoden af personalet opleves som meningsfyldt, praksisnær og som en reel *silobuster*, idet spørgsmålene tager udgangspunkt i pleje- og patientforløb imellem afdelinger og i mindre grad har form af *ready-made textbook answers* [5, 13-17].

I en del referencer beskrives ydermere, at man har oplevet kvalitetsforbedringer i relation til anvendelsen af tracermetoden [4, 8, 16, 18].

KONKLUSION

Tracermetoden er et værdifuldt værktøj til kvalitetsvurdering af hospitaler og tværsektorielle forløb.

Metoden beskrives at give god mening for personalet, idet der tages udgangspunkt i patientnære problemstillinger og sættes fokus på overgange mellem afdelingerne, hvor tab af information kan kompromittere patientbehandlingen.

Erfaringsmæssigt giver metoden mulighed for at vurdere opfyldelsen af mange standarder og påvise mange kvalitetsmangler i løbet af en enkelt survey. Det er dog nødvendigt fremadrettet at undersøge,

hvilke standarder i DDKM tracermetoden belyser fyldestgørende, og opsamle erfaringer om, hvorvidt metoden har begrænsninger i forhold til den enkelte standard.

Baseret på gennemgang af den eksisterede litteratur må det konkluderes, at der ikke nationalt eller internationalt findes evidens for tracermetodens anvendelse. Der er således behov for sundhedstjenesteforskning, der belyser metodens effekter.

KORRESPONDANCE: Merete Eis Lund, Klinisk Immunologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.
E-mail: merete.eis.lund@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 29. november 2012

FØRST PÅ NETTET: 25. marts 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. New tracer surveys: more face time between staff and surveyors. Briefings on Patient Safety 2003;December:9-10.
2. Eye on JCAHO – what to expect in the Data Use System Tracer. Joint Commission Benchmark 2004;6:3-4.
3. Getting ready for JCAHO's tracer method. OR Manager 2004;20:28-9.
4. Make your next mock tracer more effective. Hosp Peer Rev 2005;30:93-4.
5. Educating staff on tracer methodology is a must: survey results depend on it. Hosp Peer Rev 2003;28:161-5.
6. Tracer methodology: how it can help you improve quality. Healthcare Benchmarks Qual Improv 2004;11:61-3.
7. Murphy-Knoll L. Nurses and the Joint Commission tracer methodology. J Nurs Care Qual 2006;21:5-7.
8. Tracers: they're not just for accreditation surveys. ED Management 2005;17:88-9.
9. Jacott WE. A trace of improvement. The Hospitalist March 2006.
10. Patient safety and tracer activities: ensuring safe systems. Joint Commission Perspectives on Patient Safety 2003;3:1-2-4.
11. Medicare CMS needs additional authority to adequately oversee patient safety in hospitals. Washington, DC: United States Government Accountability Office, 2004.
12. The launch of shared visions-new pathways. Jt Comm Perspect 2004;24:1:27.
13. How did the new tracer process go? OR Manager 2004;20:20-1.
14. Tracer methodology focuses on the care of patients, not paperwork: pay less attention to manuals, more to safety goals. Hospital Home Health 2004;21:97-9.
15. Whalen E. Tracer and trauma: are you prepared for JCAHO? J Trauma Nurs 2004;11:53-4.
16. Snyder B. A case study. Biom Instrum Technol 2005;39:135-6.
17. You can't bluff your way through patient tracers. Same Day Surg 2006;June:64-5.
18. Dubiel P. Preparing for a JCAHO survey: utilization of imaging specific tracers. Radiol Manage 2007;29:30-5.