

Izvorni znanstveni članak  
Primljeno: 9. srpnja 2019.  
UDK: 614.21-047.43

Jasna Mesarić\*

## AUDIT KAO METODA PROCJENE KVALITETE – PRVO ISKUSTVO U HRVATSKOM ZDRAVSTVU

### Sažetak

Rad prikazuje primjenu audita, jedne od metode za procjenu kvalitete zdravstvene skrbi prema odabranom predmetu audita. Audit je prvi put uspostavljen i proveden u hrvatskom zdravstvu kao dio Programa poboljšanja kvalitete i djelotvornosti pružanja zdravstvenih usluga u okviru zajma Svjetske banke. Prepoznavanje područja za poboljšanje povezano s procesima zdravstvene skrbi i medicinskom dokumentacijom ukazuje na značaj audita u stalnom poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite. Uspostavljena metodologija i iskustvo provedenog audita mogu i trebali bi poslužiti bolnicama da kontinuirano samostalno provode predmetne audite i rezultate koriste za unapređenje zdravstvene skrbi i sigurnosti pacijenta.

Ključne riječi: audit, bolnička zdravstvena ustanova, stalno poboljšanje, program, Ministarstvo zdravstva

### 1. Uvod

Kvaliteta zdravstvene zaštite danas je u središtu pozornosti pružatelja i korisnika (pacijenta i njegove obitelji) zdravstvene usluge kako na međunarodnoj tako i na nacionalnoj razini. Načela i sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj definirani su Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite („Narodne Novine” 118/2018). Kvaliteta u zdravstvu jedno je od najsloženijih svojstava stanja i funkcioniranja zdravstvenog sustava i sukladno tome predstavlja odgovornost svih sastavnica i dionika sustava: cjelokupnog stanovništva, stvarnih pacijenata, potencijalnih pacijenata, donositelja odluka i pružatelja zdravstvenih usluga.

Kvalitetu zdravstvene zaštite nije moguće jednoznačno definirati i postoji nekoliko definicija kvalitete, među kojima su najčešće one koje definiraju kvalitetu kao stupanj u kojem su usluge pružene pojedincima i populaciji povećale željene ishode i

\* prof. dr. sc. Jasna Mesarić, dr. med., Libertas međunarodno sveučilište

u skladu su s postojećim profesionalnim znanjem (Institute of Medicine, 2003) ili kao opseg u kojem je stvarno pružena skrb u skladu s postojećim raspoloživim znanjem i opće prihvaćenim načelima i praksom (Donabedian, 1966/2005). Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) kvaliteta zdravstvene zaštite podrazumijeva zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava definiranim zahtjevima, a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja pacijenta da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje (WHO, 2019).

Kako mjeriti kvalitetu? Ne postoji stalna razina prihvatljive kvalitete, pa se danas rabi pojam stalnog unapređenja kvalitete koji se u svojoj osnovi temelji na činjenici da sve ono što je dobro može uvijek biti još bolje. Donabedianov koncept procjene kvalitete zdravstvene skrbi kroz mjerenje i analizu u području strukture, procesa i ishoda, danas je opće prihvaćeni model, a dobro odabrani pokazatelji su u tome najbolji alati. Procjena kvalitete zdravstvene skrbi temelji se na primjeni odgovarajućih standarda kvalitete sukladno dobroj stručnoj praksi i kliničkim smjernicama temeljenim na znanstvenim spoznajama. Standard kvalitete označava zahtjev koji se postavlja za određenu uslugu ili proceduru, a koji predstavlja najbolju stručnu praksu i postiže najbolji mogući ishod. Nadalje, standard kvalitete označava unaprijed utvrđeni cilj u smislu primjerenosti koja se teži doseći u određenoj djelatnosti, vrijedi na svim razinama te čini temelj za postavljanje određenih kriterija kvalitete. U kvalitetu se tako uvodi procjena i usporedba u odnosu na prihvaćene standarde kvalitete i kliničke smjernice.

Jedna od metoda za poboljšanje kvalitete temeljem procjene postojećeg stanja je audit. Kroz proces audita utvrđuju se područja koja zahtijevaju unapređenje i time audit pridonosi stalnom poboljšanju kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenta u zdravstvenoj ustanovi. Prema definiciji Nacionalnog instituta za kliničku izvrsnost (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE) klinički audit je proces koji poboljšava kvalitetu skrbi i ishode kroz sustavnu procjenu skrbi u odnosu na eksplicitne kriterije i provedbu poboljšanja koristeći poznati P-D-C/S-A/I (P=Plan; D=Do; C=Check ili S=Study; A=Act ili I=Improvement) ciklus stalnog poboljšanja kvalitete (NICE, 2002).

Ovaj rad prikazuje primjenu audita u bolničkim zdravstvenim ustanovama kao dio aktivnosti u okviru Programa za poboljšanje kvalitete i djelatnosti pružanja zdravstvenih usluga kojeg nositelj je Ministarstvo zdravstva, financiran iz sredstava zajma Svjetske banke. Jedan od pokazatelja povezan s isporukom projektne aktivnosti navedenog programa (engl. *Delivery Linked Indicator*, DLI) pod brojem pet definiran je kao postotak javno objavljenih najuspješnijih akutnih bolnica na temelju rezultata audita obavljenih u proteklih 12 mjeseci. Ostvarenje DLI5 objavljeno je u dokumentu *Izvjешće – Rangiranje bolnica prema uspješnosti* (Mesarić, 2018).

## 2. Ispitanici i metode

### 2.1. Predmet audita

Predmet audita definiran je u suradnji s Agencijom za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (AKAZS), Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) i timom Svjetske banke. U okviru planiranja predmeta audita i potencijalnih pokazatelja uspješnosti bolnica korištene su hrvatske kliničke smjernice za dijagnozu i liječenje akutnih koronarnih sindroma u bolesnika bez perzistentne elevacije ST-segmenta, Hrvatskog kardiološkog društva (*Sažete smjernice Europskog kardiološkog društva*, 2012), smjernice u dijagnostici i terapiji moždanog udara (Demarin et al., 2002) i smjernice za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji (Francetić et al., 2010) te literaturni podaci iz publikacija Hillman et al. (2015), Norrving et al. (2015), Schiele et al. (2017), Söderholm et al. (2016) i Tu et al. (2008).

### 2.2. Provođenje audita

Audit je proveden u 28 akutnih bolnica u razdoblju od prosinca 2017. do prosinca 2018. Provoditelj audita bio je AKAZS. Sve bolnice uključene u audit bile su upoznate s predmetom, procesom i planom audita. Plan audita usuglašen je s upravom bolnice. Osoblje iz AKAZS-a koje je sudjelovalo u auditu prošlo je pripremu o metodologiji i predmetu audita. U jednom predmetnom auditu sudjelovala su četiri audit tima, a audit tim činila je jedna zdravstvena osoba iz bolnice koja je pregledavala medicinsku dokumentaciju i jedna osoba iz AKAZS-a koja je unosila podatke.

Proces audita u bolnici činio je sljedeće aktivnosti: (1) sastanak s upravom bolnice vezano uz plan i provedbu audita te upoznavanje s osobama koje će sudjelovati u auditu; (2) prikupljanje podataka pregledom medicinske dokumentacije prema planu audita te (3) završni sastanak na kojem su razmijenjene informacije o uočenim područjima gdje su potrebna poboljšanja, identificiranim tijekom samog audita.

### 2.3. Prikupljanje podataka

Podaci za pokazatelje prikupljeni su iz triju izvora: (1) medicinske dokumentacije tijekom audita u bolnici, (2) godišnjeg izvješća o pokazateljima sigurnosti pacijenta (AKAZS) i (3) podataka iz baze dijagnostičko terapijske skupine (DTS) Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koje HZZO prikuplja u okviru svoje djelatnosti. Za svaki predmet audita (klinički entitet) provoditelj je izabrao slučajan uzorak dana u kalendarskoj godini 2016., a bolnica je za svaki predmet audita pripremila medicinsku dokumentaciju svih pacijenata koji su zadovoljavali kriterije uključenja (otpusna dijagnoza po MKB 10 klasifikaciji i otpust na taj dan). Pregledano je najviše 50 povijesti bolesti po predmetu audita, a koje su na licu mjesta na dan audita izabrane

slučajno iz pripremljene dokumentacije. Za svaki predmet audita definiran je upitnik za podatke koje je potrebno prikupiti kako bi se mogli izračunati ciljni pokazatelji. Prikupljanje podataka provedeno je putem upitnika u elektroničkom obliku. Prigodnim upitnikom prikupljeno je iskustvo bolničke zdravstvene ustanove o provedenom auditu, kao i stavovi o auditu.

## **2.4. Analiza podataka i računanje vrijednosti pokazatelja**

Nakon završenog prikupljanja podataka putem audita provedeno je čišćenje podataka uključujući provjere kriterija uključenja u audit i logičke kontrole. Detektirani podaci kao potencijalno pogrešni koje je bilo moguće ispraviti temeljem dokumentacije audita ili redundancije podataka u bazi su ispravljani, a za ostale je poslan upit bolnicama. Analiza podataka provedena je na ispravljenim podacima. Dopunjavanje podataka koji nedostaju na individualnoj razini (slučaj u predmetu audita) nije provedeno. Vrijednosti pokazatelja su izračunate sukladno definiciji pokazatelja (temeljem slučajeva koji ulaze u nazivnik i brojnik) i iz formiranih tablica frekvencija izražene su vrijednosti kao postotak slučajeva. Vrijednosti pokazatelja standardizirane bolničke smrtnosti preuzeti su iz godišnjeg izvješća o pokazateljima sigurnosti pacijenta AKAZS-a za 2016. Vrijednosti pokazatelja, stope prosječne duljine hospitalizacije, stope ponovnog prijma u bolnicu unutar 30 dana od otpusta i stope dnevne kirurgije za 2016. preuzete su od HZZO-a.

## **3. Rezultati**

### **3.1. Provedba audita**

Audit je proveden u 28 akutnih bolnica (slika 1). U audit timovima bolnica sudjelovalo je ukupno 343 osoba od kojih 328 zdravstvenih djelatnika (specijalisti ili specijalizanti relevantnih specijalizacija, abdominalne kirurgije, kardiologije i neurologije i medicinske sestre) te 15 nezdravstvenog osoblja (slika 2). Za provedbu audita za sva tri klinička entiteta u jednoj bolnici bila su potrebna dva radna dana.

### **3.2. Izabrani pokazatelji**

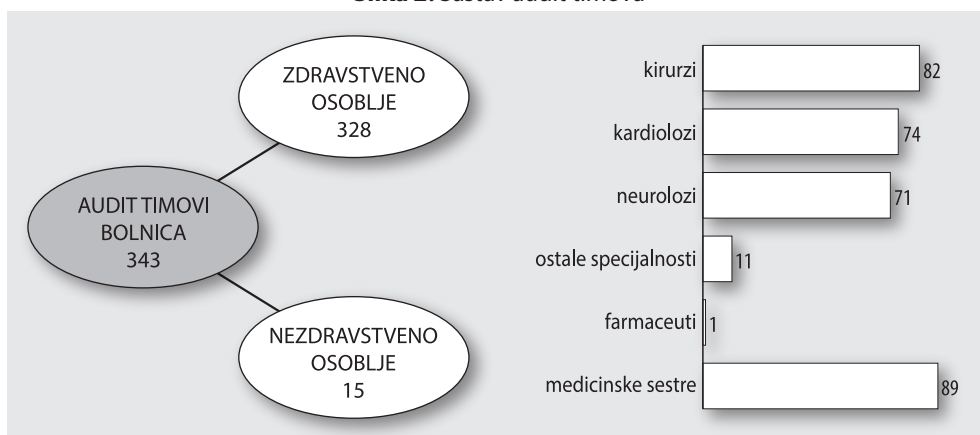
Temeljem prikupljenih podataka putem audita izabrani su pokazatelji uspješnosti liječenja akutnog infarkta miokarda, moždanog udara i primjene antimikrobne profilakse u kirurgiji kolona. Uvjet da bi pokazatelj bio prihvaćen i potom pretvoren u kriterij kod rangiranja bolnica je bio da za svaku od 28 akutnih bolnica postoje podaci za svaki pokazatelj (kriterij).

Za akutni infarkt miokarda izabrano je sedam pokazatelja (tablica 1).

**Slika 1.** Bolničke zdravstvene ustanove u kojima je proveden audit



**Slika 2.** Sastav audit timova



**Tablica 1. Izabrani pokazatelji za akutni infarkt miokarda**

#	Naziv pokazatelja	Izvor podataka
1	Postotak pacijenata kojima je propisana terapija aspirina pri otpustu	Audit
2	Postotak pacijenata za koje je procijenjen indeks komorbiditeta	
3	Postotak pacijenata koji su iz bolnice otpušteni u ustanovu za rehabilitaciju	
4	Postotak pacijenata za koje je u medicinskoj dokumentaciji upisano vrijeme prijma	
5	Standardizirana bolnička smrtnost od infarkta miokarda unutar 30 dana od prijma u bolnicu	Izvešće AKAZS
6	Stopa ponovnog prijma u bolnicu unutar 30 dana od otpusta	DTS sustav HZZO
7	Prosječna duljina hospitalizacije	

AKAZS = Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; HZZO = Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; DTS = Dijagnostičko terapijske skupine

Za moždani udar izabrano je osam pokazatelja (tablica 2).

**Tablica 2. Izabrani pokazatelji za moždani udar**

#	Naziv pokazatelja	Izvor podataka
1	Postotak pacijenata kojima je primijenjena antikoagulantna terapija unutar 2 dana od prijma u bolnicu	Audit
2	Postotak pacijenata kojima je unutar 3 sata od dolaska u bolnicu urađena kompjutorizirana tomografija (CT) ili magnetska rezonanca (MR) mozga	
3	Postotak pacijenata kojima procijenjen indeks kliničkog stanja	
4	Postotak pacijenata koji su iz bolnice otpušteni u ustanovu za rehabilitaciju	
5	Postotak pacijenata za koje je u medicinskoj dokumentaciji upisano vrijeme prijma	Izvešće AKAZS
6	Standardizirana bolnička smrtnost od moždanog udara unutar 30 dana od prijma u bolnicu	
7	Stopa ponovnog prijma u bolnicu unutar 30 dana od otpusta	DTS Sustav HZZO
8	Prosječna duljina hospitalizacije	

AKAZS = Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; HZZO = Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; DTS = Dijagnostičko terapijske skupine

Za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji kolona izabrano je pet pokazatelja (tablica 3).

**Tablica 3. Izabrani pokazatelji za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji kolona**

#	Naziv pokazatelja	Izvor podataka
1	Postotak pacijenata koji su primili antibiotik sukladan smjernici	Audit
2	Postotak pacijenata koji su primili dozu antibiotika sukladnu smjernici	
3	Postotak pacijenata kod kojih je način primjene antibiotika bio sukladan smjernici	
4	Postotak pacijenata kojima je vrijeme početka davanja antibiotika sukladno smjernici	
5	Postotak pacijenata kojima je vrijeme završetka davanja antibiotika sukladno smjernici	

### 3.3. Značenje audita bolnici

Koliko je audit značio bolnici nastojalo se saznati pomoću ankete. Bolnice su odgovorile na pitanje jesu li temeljem provedenog audita prepoznale mogućnosti za poboljšanje odgovorima „da”, „ne” i „ne znam”. Prema anamnestičkim podacima sve bolnice prepoznale su mogućnost za poboljšanje. Od prepoznatih područja za poboljšanje povezanih s procesom zdravstvene skrbi bolnice su istaknule uzimanje anamneze u smislu podatka o vremenu pojave simptoma bolesti, bilježenje skora komorbiditeta, bilježenje podataka vezano za primjenu antimikrobne profilakse, procjena kliničkog stanja korištenjem standardiziranih alata, skraćivanje vremena od dolaska pacijenta u hitan prijam do pregleda specijaliste, primjena standardiziranih protokola, primjena kirurške kontrolne liste te organizacija transfera pacijenta.

Od prepoznatih područja za poboljšanje povezanih s medicinskom dokumentacijom bolnice su istaknule sljedeće: definiranje minimalnog seta podataka za otpusno pismo, objedinjavanje dokumentacije na razini bolnice, definiranje protokola za arhiviranje povijesti bolesti uključujući postupak uzimanja i vraćanja, povezivanje kliničkih nalaza s bolničkim informacijskim sustavom (BIS).

### 3.4. Analiza podataka

U analizu podataka uključene su bolnice za koje je predmet audita primjenjiv, 28 akutnih bolnica za akutni infarkt miokarda i 25 bolnica za moždani udar i antimikrobnu profilaksu u kirurgiji kolona. Rangiranje akutnih bolnica prema uspješnosti temeljem rezultata audita objavljeno je na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva (Mesarić, 2018).

## 4. Rasprava

U kontekstu ovog predmetnog audita status uspješne bolnice značio je da bolnica primjenjuje kliničku smjernicu, uredno vodi medicinsku dokumentaciju, podaci su

dostupni i bolnica prati i dostavlja podatke za pokazatelje sigurnosti pacijenta nadležnoj instituciji. U procesu audita uključujući 28 odnosno 25 akutnih bolničkih zdravstvenih ustanova ovisno o primjenjivosti predmeta audita, pregledom medicinske dokumentacije prikupljena je informacija o dostupnosti i kvaliteti podataka temeljem kojih su izračunate vrijednosti pokazatelja. Ciljni broj slučajeva (pregleda medicinske dokumentacije) po predmetu audita bio je 50 i taj je broj izabran kao rješenje između raspoloživih resursa i preciznosti procjene vrijednosti pokazatelja.

U predmet audita temeljem postojećih smjernica uvrštena su tri klinička entiteta: akutni infarkt miokarda, moždani udar i antimikrobna profilaksa u kirurgiji kolona, a iz ostalih izvora bili su dostupni podaci i za druge pokazatelje uspješnosti, pa su pokazatelji grupirani u četiri kategorije (dimenzije): (1) pokazatelji uspješnosti liječenja akutnog infarkta miokarda; (2) pokazatelji uspješnosti liječenja moždanog udara; (3) pokazatelji uspješne primjene antimikrobne profilakse u kirurgiji kolona i (4) ostali pokazatelji uspješnosti.

Konačni izbor pokazatelja koji su ušli u analizu bio je uvjetovan i raspoloživošću podataka u medicinskoj dokumentaciji. Literaturni podaci (Arah et al., 2003) navode da je takav pragmatičan pristup bio uobičajen i u drugim zemljama. U izboru pokazatelja uključene su mjere ishoda i procesa (Donabedian, 1966/2005) te mjere za uravnoteženje.

Pokazatelji ishoda su mjere koje su najrelevantnije za pacijenta, ali ne moraju nužno biti dobre mjere kvalitete zdravstvene skrbi jer na njih utječu razni čimbenici koji nisu pod neposrednom kontrolom bolnice i nisu ovisni o kvaliteti rada bolnice. Na te pokazatelje npr. neposredno djeluju značajke pacijenta kao što su dob, spol i komorbiditeti. Pokazatelji ishoda korišteni su za akutni infarkt miokarda i moždani udar kao što su stopa bolničke smrtnosti i stopa ponovnog prijma u bolnicu. Stopa bolničke smrtnosti standardizirana je po dobi i spolu, ali ne i po komorbiditetima jer potrebni podaci nisu bili dostupni.

Pokazatelji procesa u pravilu se definiraju na način da pokazuju u kolikoj se mjeri bolnica pridržava relevantnih kliničkih smjernica. U literaturi se može naći velik broj takvih pokazatelja, ali je malo radova koji analiziraju povezanost između pokazatelja kvalitete procesa i ishoda liječenja (Lingsma, 2008). Većina pokazatelja iz tog audita procesni su pokazatelji. Oni se temelje na provedbi kliničke smjernice i uzimajući u obzir da su same smjernice prilagođene značajkama pacijenta (na primjer, smjernica antimikrobne profilakse u kirurgiji kolona predviđa alergiju na antibiotik prvog izbora), pa za procesne pokazatelje nije uvijek potrebna standardizacija.

Rezultat prigodne ankete koji ukazuje kako sve bolničke zdravstvene ustanove koje su sudjelovale u auditu planiraju provesti poboljšanja najbolji je pokazatelj prepoznavanja značaja procesu audita. Nadalje, audit je osvijestio nedostatke u provođenju kliničkih smjernica u praksi i nedostatke u medicinskoj dokumentaciji, odnosno



nedostatke podataka koji omogućavaju provjeru smjernice u praksi. Prema anamnestičkim podacima prigodne ankete može se reći kako je zajednička poruka bolnica za poboljšanje usmjerena na područje upravljanja informacijama povezano s procesima i medicinskom dokumentacijom. Valja istaknuti da bi u definiranju kliničkih pokazatelja kvalitete kao sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka određenih vrijednosti koje služe za prikazivanje rezultata tih postupaka trebalo te pokazatelje s kliničkim smjernicama.

## 5. Zaključak

Stalno unapređenje kvalitete zdravstvene skrbi iziskuje podatke o izvedbi, ali i kulturu kvalitete koja podrazumijeva okruženje spremnosti i podršku za promjenu. Sustav kvalitete u zdravstvu zahtijeva razvoj i uspostavljanje metoda procjene kvalitete i stalnog unapređenje pri čemu prvi korak čini kvalitetna medicinska dokumentacija, odnosno kvalitetni podaci za izračun pokazatelja.

Audit kao metoda procjene kvalitete prema unaprijed odabranom predmetu audita prvi je put uspostavljen i proveden u hrvatskom zdravstvu, uključujući 28 akutnih bolničkih zdravstvenih ustanova kao dio Programa poboljšanja kvalitete i djelotvornosti pružanja zdravstvenih usluga u okviru zajma Svjetske banke. Doprinos je procesu stalnog poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenta te uspostavljanju sustava rangiranja bolničkih zdravstvenih ustanova prema uspješnosti. Treba istaknuti kako provođenje audita zahtijeva vrijeme potrebno za provedbu, kvalitetnu medicinsku dokumentaciju (raspoloživost i dostupnost medicinskih zapisa), resurse i podršku uprave. Audit bi trebao biti neizostavni dio dobre profesionalne prakse i procesa stalnog unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite. Metodologija ovog audita može poslužiti Povjerenstvu za kvalitetu zdravstvene ustanove da samostalno provede audit u svom okruženju i rezultate koristi za unapređenje zdravstvene skrbi i sigurnosti pacijenta.

### *Zahvala*

Rad je ostvaren zahvaljujući Programu za poboljšanje kvalitete i djelotvornosti pružanja zdravstvenih usluga čiji je nositelj Ministarstvo zdravstva u okviru Zajma Svjetske banke. U razvoju metodologije skora i rangiranja bolnica temeljem rezultata audita sudjelovao je Fakultet organizacije i informatike u Varaždinu.

## Literatura

1. Arah, O. A. et al. 2003. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual in Health*, 15 (5): 377–398.
2. Demarin, V. et al. 2002. Moždani udar – smjernice u dijagnostici i terapiji. *Acta clinica*, 9–10.
3. Donabedian, A. 1966/2005. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 166–206 / *The Milbank Quarterly*, 83 (4): 691–729.
4. Francetić, I. et al. 2010. Smjernice Iskra za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji – Hrvatske nacionalne smjernice. *Liječnički vjesnik*, 132: 7–8.
5. Hillmann, S. et al. 2015. Temporal Changes in the Quality of Acute Stroke Care in Five National Audits across Europe. *BioMed Research International*, 432497: 8.
6. Lingsma, H. F. et al. 2008. The Netherlands Stroke Survey investigators. Variation between hospitals in patient outcome after stroke is only partly explained by differences in quality of care: results from the Netherlands Stroke Survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 79: 888–894.
7. Mesarić, J. 2018. *Izvješće – Rangiranje bolnica prema uspješnosti*. <https://zdravstvo.gov.hr/program-poboljsanja-kvalitete-i-djelotvornosti-pruzanja-zdravstvenih-usluga-dli-5-izvjesce-o-rangiranju-bolnica/3421>
8. Norrving, B. et al. 2015. Cross-National Key Performance Measures of the Quality of Acute Stroke Care in Western Europe. *Stroke*, 46: 2891–2895.
9. National Institute of Clinical Excellence (NICE). 2002. *Principles of best practice in clinical audit*. [http://www.nelh.nhs.uk/nice\\_bpca.asp](http://www.nelh.nhs.uk/nice_bpca.asp)
10. *Sažete smjernice Europskog kardiološkog društva – Smjernice za dijagnozu i liječenje akutnih koronarnih sindroma u bolesnika bez perzistentne elevacije ST-segmenta*. 2012. Zagreb: Hrvatsko kardiološko društvo. <https://www.kardio.hr/category/smjernice/page/2/>
11. Schiele, F. et al. 2017. Editor's Choice-Quality indicators for acute myocardial infarction: A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association. *Eur Heart J: Acute Cardiovascular Care*, 6 (1): 34–59.
12. Söderholm, A. et al. 2016. Validation of Hospital Performance Measures of Acute Stroke Care Quality. Riksstroke, the Swedish Stroke Register. *Neuroepidemiology*, 46: 229–234.
13. Tu, J. et al. 2008. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. *CMAJ*, 179 (9): 909–915.
14. World Health Organization (WHO). 2019. *What is Quality of Care and why is it important?* [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/), 27. travnja 2019.



## **Audit as a quality assessment method – the first experience in Croatian health care**

### **Abstract**

The paper presents the implementation of audit, one of the methods for assessing the quality of health care according to the selected audit subject. The audit was first established and performed in Croatian health care as part of the Improving Quality and Efficiency of Health Services programme for results within the World Bank Loan. Identifying areas for improvement related to healthcare processes and medical records points to the importance of audit in the continued improvement of healthcare quality. The established methodology and experience of audits carried out can and should be used by hospitals to continuously perform the relevant audits and results used to improve health care and patient safety in their settings.

Key words: audit, in-patient healthcare institution, continued improvement, programme, the Ministry of Health