

Організація охорони здоров'я

Health care organization

УДК 614.2

DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13820912>

## ДЕЯКІ ЕТАПИ КЛІНІЧНОГО АУДИТУ

**Анчев А. С.**

ДП «УкрНДІ медицини транспорту МОЗ України», м. Одеса

## SOME STAGES OF CLINICAL AUDIT

**Anchev A. S.**

SE "Ukrainian Research Institute for Medicine of Transport of the Ministry of Health of Ukraine", Odessa.

### Summary/Резюме

Clinical audit is a process used to improve the quality of care provided to patients. In the work presented a number of sources and instructions related to the stages of clinical audit were analyzed. Actions have been identified by which it is possible to implement changes and effectively complete the audit cycle.

**Key words:** *clinical audit, medical care, treatment result.*

Клінічний аудит — це процес, який використовується для покращення якості медичної допомоги, що надається пацієнтам. Проаналізовано низка джерел та вказівок, щодо етапів проведення клінічного аудиту. Визначено дії, за допомогою яких можливо впровадити зміни та ефективно завершити цикл аудиту.

**Ключові слова:** *клінічний аудит, медична допомога, результат лікування.*

Клінічна ефективність передбачає низку процесів, але основними серед них є: (1) розробка або адаптація та використання клінічних настанов для підтримки доказової практики і (2) використання клінічного аудиту для покращення догляду за користувачами послуг та результатів лікування.

Термін «клінічний аудит» (КА) використовується для опису процесу оцінки клінічної практики відповідно до стандартів. Національна комісія з клінічної ефективності (National Clinical Effectiveness Committee, NCEC; 2008) визначила КА як «клінічно керований процес покращення якості, спрямований на покращення догляду за пацієнтами, лікування та його результатів, за допомогою систематичного аналізу догляду відповідно до явних критеріїв і прийняття мер, коли стандартів не дотримуються».

**Мета:** розглянути можливі етапи проведення клінічного аудиту.

Комісія з безпеки пацієнтів (The Commission on Patient Safety and Quality Assurance) описала КА як такий, що включає «... вибір аспектів структури, процесів і результатів догляду які потім систематично оцінюються за явними критеріями. Якщо потрібно, удосконалення мають бути впроваджені для окремої людини, групі чи організації, а потім проведена повторна оцінка догляду, щоб підтвердити покращення».

Комісія також визнала КА ключовим і важливим компонентом клінічного керівництва, заявивши, що це «... є єдиним найважливішим методом будь-якої медичної допомоги. Організація може використовувати його для розуміння та забезпечення якості послуг, які вона надає».

Тобто, КА — це інструмент, за допомогою якого можна визначити, наскільки якісним є клінічне лікування і дізнатися, чи є можливості для вдосконалення останнього.

КА може бути використаний для покращення аспектів догляду за різними темами. Це також можна використовувати у зв'язку зі змінами в наданні допомоги або для підтвердження чи відповідає поточна практика очікуваному рівню продуктивності.

Є багато причин для проведення КА:

- КА — це спосіб оцінки та покращення догляду за пацієнтами, підтримки професійних стандартів, його застосовують для того, щоб «робити правильні речі».
- За допомогою КА медичний персонал може визначити та виміряти зони ризику в межах своїх служб.
- Регулярна аудиторська діяльність допомагає створити культуру покращення якості в клінічних умовах.
- КА є освітнім для учасників. Це передбачає бути в курсі подій належної практики, що заснована на доказах, що, у свою чергу, дає можливість отримати більше задоволення від роботи.
- КА все частіше розглядається як важливий компонент професійної практики, якій може покращити якість та ефективність медичної допомоги.

У більшості країн ЄС прийнятий Закон пропрактикуючих лікарів (2007), згідно якого участь у клінічному аудиті тепер є обов'язковою для всіх зареєстрованих медиків — практиків. 3 травня 2011 року практикуючі лікарі повинні бути зараховані до схеми професійної компетентності та займатися професійною діяльністю. Усі зареєстровані практикуючі лікарі повинні брати участь у КА, щонайменше в одному аудиті щорічно. Закон рекомендує спеціалістам — практикам витрачати мінімум одну годину на місяць на аудиторську діяльність.

Існує ряд медичних практик, де КА є юридичною вимогою, викладеною в Законодавчих документах, наприклад, КА у ра-

діологічних практиках викладено в **документі 478 (2002)** Регламенту Європейських Співтовариств.

КА — це циклічний процес, який, як правило, можна окреслити в п'ять етапів:

Етап 1. Планування аудиту

Етап 2. Вибір стандарту/критерію

Етап 3. Вимірювання продуктивності

Етап 4. Внесення поліпшень

Етап 5. Підтримуючі поліпшення

Для того, щоб КА був цспішним, кожна стадія циклу повинна бути виконанає

### **Етап 1 — Планування аудиту**

Якщо КА має бути успішним у виявленні області передового досвіду або області для вдосконалення, це вимагає ефективного планування та підготовки. Обсяг планування та підготовки залежатиме від конкретні обставини кожного аудиту. Наприклад, окремий медичний працівник, бажаючий провести аудит може не залучати до аудиту інших зацікавлених сторін. Це особливо вірно, якщо для цього не потрібна зовнішня підтримка та ресурси.

З іншого боку, коли міждисциплінарна команда працює разом над аудитом, потреба в плануванні для забезпечення успішного результату, збільшується.

Планування аудиту можна описати в три основні етапи:

Усі відповідні зацікавлені сторони повинні мати можливість внести частину свого досвіду та розуміння у КА. Поширене запитання: «Що має бути першим: вибір теми для аудиту чи залучення зацікавлених сторін?» Ashmore, Ruthven and Hazelwood [1] рекомендують залучати зацікавлені сторони з самого початку клінічного дослідження циклу аудиту до завершення. Однак відповідь на питання залежатиме від індивідуальних обставин.

Проведення клінічного аудиту, як правило, включає такі кроки:

Крок 1: Залучення зацікавлених сторін

Крок 2: Визначення теми аудиту

Крок 3: Планування проведення аудиту

Крок 1: Залучення зацікавлених сторін

### Крок 1: Залучення зацікавлених сторін

Усі відповідні зацікавлені сторони повинні мати можливість додати свій внесок у клінічні дослідження. Будь-хто, хто бере участь у наданні або отриманні допомоги, може бути вважається зацікавленою стороною в КА. Тому треба визначити, хто має брати участь у прийнятті рішень щодо теми і завдань аудиту. Потрібно чітко знати хто бере участь у наданні допомоги, хто отримує або використовує вигоду від догляду чи послуги, хто має повноваження підтримувати впровадження будь-яких визначених змін?

Підтримка тих, хто бере участь у наданні допомоги, та їхня відданість є важливою для будь-якого аудиту. Конкретні обов'язки всіх залучених осіб повинні бути уточнені та узгоджені раніше. До початку аудиту кожен повинен розуміти мету аудиту та свою роль у ньому.

Провідний клініцист, який спонсорує аудит, не обов'язково бере безпосередню участь у КА, але він повинені принаймні знати та схвалювати його виконання.

Оскільки більшість клінічної практики передбачає роботу мультипрофесійних команд, КА повинен охоплювати практику різних клінічних та управлінських дисциплін, які роблять внесок у відповідну тематику аудиту. Wade DT [8] рекомендує, щоб 50 % аудитів були багатопрофесійними. При підготовці до КА має бути досягнуто домовленість про керівництво та володіння аудитом, а також встановлено відповідальність за управління результатами аудиту та розробку рекомендацій. Там, де це можливо, усі, хто залучений до аудиту, повинні підтримувати та бути відданими внести зміни, необхідні за результатами аудиту та рекомендаціями що виникають.

Різні групи зацікавлених сторін можуть виконувати різні ролі та бути залученими на різні етапи клінічного аудиту. Вони можуть сприяти прийняттю рішень щодо тем і цілей КА; внести свій внесок у методологію КА та/або прокоментувати її, включаючи запропоновані критерії КА; допомог-

ти у складанні та перегляді плану проекту; надати дозвіл на доступ до групи користувачів (пацієнтів) служби; надати підтримку команді КА:

- проаналізувати випадки, які не досягають очікуваного рівня ефективності (коли стейкхолдер — експерт), надати пояснення того, як зараз відбувається процес догляду;
- сприяти аналізу результатів аудиту, включаючи аналіз ідентифікованих проблем; допомогти у визначенні дій для вирішення проблем, які потребують покращення; контролювати виконання узгоджених дій; сприяти аналізу результатів повторних перевірок.

### Крок 2: Визначення теми аудиту

Це дуже важливий крок, який потрібно ретельно обдумати. Суб'єкти КА слід обирати з метою покращення якості або безпеки догляду чи надання послуг. Система класифікації структури, процесу та результату Donabedian [4] може бути використана для зосередження на сферах практики, з яких може бути обрана тема. Визначення теми аудиту Включає: ресурси, необхідні для надання допомоги; середовище, в якому надається допомога; доступні засоби (наприклад, наявність одномісних кімнат); доступне обладнання (наприклад, реанімаційне обладнання); документація, наприклад, проведення, процедур, протоколи і настанни. Потрібно ретельно структурувати процедури та практики, які впроваджує персонал під час призначення, надання та оцінки медичної допомоги — вони можуть бути специфічними для клінічного процесу або послуг/адміністративних процесів. Обробити ефект від медичної допомоги, отриманої користувачами послуг у результаті надання медичної допомоги, і витрати послуги на надання медичної допомоги, тобто результат клінічних втручань.

Вибір теми аудиту потребує ретельного обмірковування, планування, як у клінічного персоналу та постачальників послуг.

Обов'язкові аудити матимуть пріори-

тет ресурсів, які, у свою чергу, повинні гарантувати ефективне використання наявних ресурсів. КА слід зосередитися на сферах, де це найбільше потрібно з точки зору вдосконалення практики.

Доцільно відповісти на низку питань, які допоможуть визначити пріоритетність тем аудиту, наприклад, чи стосується тема високої вартості, обсягу або ризику для персоналу чи користувачів; чи є докази значних відмінностей у клінічній практиці; чи доступні надійні докази для інформування про стандарти аудиту (наприклад, систематичні огляди чи національні клінічні настанови); чи можна виміряти проблему за відповідними стандартами; чи може перевірка проблеми покращити результати медичної допомоги; чи є докази (серйозної) проблеми з якістю (наприклад, скарги користувачів послуг або високий рівень ускладнень, несприятливі результати або погані симптоми); чи представляє тема ключовий професійний або клінічний інтерес; чи доступні надійні джерела даних для цілей збору даних; чи можна зібрати дані протягом розумного періоду часу; чи стосується тема національних або місцевих ініціатив чи пріоритетів; чи підходить тема для процесу аудиту, чи це інший процес (наприклад, аналіз першопричини, аналіз активності або робочого навантаження); наскільки є можливості для вдосконалення клінічної практики та які потенційні переваги проводити цей аудит?

Інші запитання, які можна поставити, включають:

Діяльністю з клінічного аудиту можна керувати відповідно до різних рівней пріоритету:

- Зовнішній «обов'язковий» аудит, де є участь вимагається через державні чи нормативні вимоги або як частина схеми акредитації. Оскільки участь у національних аудитах рекомендована в національних стандартах добровільно також слід враховувати національні аудити.
- Внутрішній обов'язковий аудит, де теми аудиту базуються на вимогах послуги керівної команди постачальників у

відповідь на інциденти, управління ризиками або скарги.

- Пріоритети служби/дирекції, де теми аудиту базуються на передовій практиці керівних принципів, місцевої політики, проблем, визначених професійними організаціями, або інших відповідних питань
- Теми, що впливають із питань, що привертають увагу на регіональному чи національному рівні.
- Інтерес клініциста — місцеві аудити, які не охоплюються вищезазначеним, але будуть сприяти покращенню загальної роботи служби.

Необхідно розглянути всі доступні теми аудиту. Система підрахунку балів може допомогти ранжувати теми в порядку важливості.

Прикладом простої системи підрахунку балів є те, що кожна тема отримує оцінку від 1 і 5 на основі важливості (де 1 є найнижчою, а 5 — найвищою) при цьому враховують

- (i) Вплив результуючого плану постійного вдосконалення на клінічну ефективність та якість догляду.
- (ii) Важливість/терміновість теми аудиту.

Постачальники послуг повинні розробити та впровадити програму проведення клінічної аудиторської діяльності. Ця програма повинна давати напрямок і зосереджуватися на тому, як і яка діяльність з КА підтримуватиметься при наданні медичної допомоги.

### **Крок 3: Планування проведення аудиту на місцях**

Аудиторська група повинна розуміти загальну мету аудиту, який вона має провести.

Оголошення теми аудиту без чіткої мети принесе мало результатів або взагалі не надасть кожного впливу на підвищення якості та ефективності клінічної допомоги.

Мета аудиту може бути окреслена у вигляді цілей і завдань. Buttery [2]

припустив, що цілі та завдання аудиту можна визначити, наприклад, так: за-

гальна мета аудиту медичної документації:

«Поліпшення дотримання політики щодо ведення медичної документації та процедури».

Для опису різних аспектів якості можна використовувати більш детальні твердження які будуть вимірюватися, щоб показати, як буде досягнута мета клінічного аудиту

Наприклад, метою аудиту медичної документації може бути:

«Забезпечити точність вмісту медичної картки та хронологію подій».

Щоб КА був успішним і досяг своєї мети і цілі, до проведення аудиту треба залучати правильних людей, які мають правильні навички. Тому визначення необхідних навичок та окремих осіб, що володіють цими навичками повинно бути пріоритетом.

Рівень кваліфікації, необхідний для клінічного аудиту, залежатиме від обсягу аудиту.

Окреслені навички слід отримати від усіх відповідних груп, залучених до КА. Залежно від характеру теми, що перевіряється, аудиторська група має бути багатопрофільній. Щоб досягти найкращих результатів, весь відповідний персонал групи повинен мати певний досвід у виконанні КА, а також у впровадженні сталої програми постійного вдосконалення.

Щоб КА був проведений ефективно, весь персонал повинен бути відповідним чином навчений та ознайомлені з їхньою роллю. Усі члени команди повинні мати базове розуміння клінічного аудиту; розуміння та відданість планам і цілям аудиту; розуміння того, що очікується від аудиторської групи — це необхідно уточнити на початку та відобразити у документі про технічне завдання.

Навички, необхідні для здійснення процесу КА:

- Лідерські, організаційні та управлінські здібності.
- Внесок клінічних, управлінських та інших послуг і керівництво.
- Навички управління проектами.

- Зміна навичок управління.
- Експертиза методології аудиту.
- Розуміння вимог захисту даних.
- Навички збору та аналізу даних.
- Навички фасилітації.
- Навички спілкування.
- Навички міжособистісного спілкування.

Окреслені навички слід отримати від усіх відповідних груп, залучених до КА. Залежно від характеру теми, що перевіряється, аудиторська група має бути багатопрофільній. Щоб досягти найкращих результатів, весь відповідний персонал групи повинні мати певну участь у виконанні завдань аудиту, а також у впровадженні сталої програми постійного вдосконалення.

## 2. Етап 2 — Вибір стандарту та критеріїв

Коли тема аудиту обрана, наступний важливим кроком є визначення визначити стандартів та критеріїв аудиту, за якими він буде проведено. Стандарти мають бути «надійними» та базуватися на доказах [7].

Корисні джерела стандартів включають:

- місцеві стандарти у формі настанов, заснованих на доказах;
- національно схвалені клінічні настанови;
- стандарти та клінічні настанови з відповідних програм якості та безпеки,
- програми клінічної допомоги та професійні організації; і
- організації з розробки клінічних настанов, такі як, наприклад, МОЗ.

Якщо національні чи місцеві рекомендації недоступні, можна провести огляд літератури, визначити найкращі та найновіші докази, на основі яких можуть бути розроблені критерії аудиту. Терміни «стандарт» і «критерій» часто призводять до плутанини, як і раніше по-різному використовується різними професійними групами та авторами в галузі охорони здоров'я. Для деяких стандарт є викладом найкращої

практики. Для інших стандарт — це рівень продуктивності або ціль для очікуваної відповідності (зазвичай виражається як відсоток). Ми визначаємо «стандарт» як структури та процеси, необхідні для ідентифікації, оцінки та керування визначеними ризиками стосовно предметної області (наприклад, ведення медичної документації, дезактивація, тощо).

Стандарт описує та визначає якість медичної допомоги. Кожен стандарт має назву, яка підсумовує сферу, на якій зосереджується цей стандарт. Назва стандарту підсумовує сферу, на якій зосереджується цей стандарт. Стандартна заява пояснює рівень ефективності, якого потрібно досягти. Стандартні критерії містять детальну інформацію про те, чого потрібно досягти.

Стандартні критерії — явні твердження, що представляють елементи догляду, які необхідно досягти для того, щоб цей стандарт був досягнутий.

Щоб критерії були дійсними та сприяли покращенню обслуговування користувачів послуг, вони повинні відповідати вказівкам керуючого органу.

- Конкретні (явні твердження, які не підлягають тлумаченню).
- Вимірні.
- Досяжні (рівень прийнятної ефективності, узгоджений із зацікавленою стороною).
- Релевантні (пов'язані з важливими аспектами догляду).
- Теоретично обґрунтовані або своєчасні (на основі доказів).

Критерії можна класифікувати як:

Критерії структури

(Що потрібно), стосується цих ресурсів, які необхідні для надання допомоги, в т.ч поточна чисельність персоналу та кваліфікація, знання, уміння та відносини, матеріали і ліки, обладнання та фізичний простір.

**Критерії процесу** (Що зроблено), відноситься до дій і рішень, прийнятих медичними працівниками разом із користувачами та включає комунікації, оцінки та при-

значення, хірургічні та терапевтичні заходи. Важливість критеріїв процесу визначається ступенем дизайну та/або відсутності дотримання процесів на місц, щої впливає на якість догляду.

**Критерії результату (Outcome criteria)** (Те, що очікується, що станеться в результаті), відноситься до очікуваного результату догляду. Все частіше вимірювання результатів догляду розглядається як найбільш прийнятний захід.

**Вимірювальний догляд** Вимірювання відповідності критеріям догляду та лежить в основі клінічного аудиту. Щоб порівняти фактичний догляд з доглядом, який повинен надаватися кожному пацієнту.

Критерій аудиту повинен мати «очікуваний рівень», «продуктивність» або «ціль» [1].

### Ціль/рівень ефективності

Критерії аудиту повинні складатися з вимірних тверджень про те, що має відбуватися з явними та кількісно визначеними рівнями продуктивності. Ці рівні або цілі продуктивності можна виразити у відсотках.

Існує кілька способів встановлення цільових показників відповідності, включаючи обговорення та вироблення консенсусної думки серед членів аудиторської групи та відповідності зацікавлені сторони та порівняння з національними ставками.

При встановленні цілей слід враховувати та оцінювати три фактори: клінічну важливість, практичність і прийнятність. Очікуваний рівень продуктивності або ціль може варіюватися від 0 % (критерій — це те, що ніколи не повинно бути зроблено) на 100 % (критерій — це те, чого потрібно завжди дотримуватися).

### Клінічне значення

Якщо критерій є критичним для безпеки користувачів послуг, цілі можуть бути встановлені на 100 % або 0 %, наприклад, клінічний аудит щодо безпечного введення ліків може мати цільове значення 100 % для наступного критерію «ліки не вводять, так як користувач послуг з відомою алергією на ліки».

### **Практичність**

Однак там, де клінічне значення не настільки значуще, ресурси, необхідні для досягнення цільового рівня продуктивності слід вважати прийнятною продуктивністю.

Рівень (той, який розглядається як розумний і досяжний тими, хто надає та отримує допомогу) повинні бути ідентифікованим, наприклад, у клінічному аудиті, що стосується часового проміжку, протягом якого користувачі послуги мають бути побачені у конкретній амбулаторії, 90 %. вважається доречним.

### **Прийнятність**

Оптимальний рівень продуктивності встановлюється, коли визначається найкращий можливий догляд наявні ресурси та нормальні умови догляду. Це десь ляже між мінімально прийнятним рівнем догляду та найвищим можливим рівнем догляду (можливо в ідеальних умовах, без обмежень у ресурсах).

### **Критерії включення/виключення**

Щоб переконатися, що вибірка аудиту є репрезентативною для цільової сукупності та щоб збирати дані, які відповідають меті, необхідно визначити, яку інформацію слід або не слід збирати.

### **Критерії включення**

Потрібно визначити цільову групу населення, для якої призначена клінічна настанова призначена для застосування.

### **Критерії виключення**

Потрібно визначити сфери, що виходять за рамки клінічної настанови.

### **Етап 3 — Вимірювання ефективності**

Цей етап можна описати наступним чином:

Крок 1: Збір даних

Збір відповідних даних про поточні практики

Крок 2: Аналіз даних

Перетворити зібрані факти (дані) в корисну інформацію та ідентифікувати рівень відповідності узгоджених стандартів.

Крок 3: Робимо висновки

Визначити причини чому стандарт не

було виконано.

Крок 4: Презентація результатів

Максимізувати вплив на клінічний аудит, генерувати обговорення та стимулювати акції підтримки планування.

### **Етап 4 — Внесення покращень**

Метою проведення КА є оцінка ступіні відповідності запропонованих клінічних послуг з прийнятим стандартом практики, заснованої на доказах.

Результати КА можуть показати області відмінної або «помітної практики», і це слід визнати. У таких перевірках має бути чітка заява «необхідні подальші дії» в підсумковому звіті аудиту та обґрунтування необхідності проведення повторного аудиту. Результати клінічного аудиту можуть також визначити «сфери для покращення», де це необхідно або стандарти не виконуються.

Ashmore, Ruthven and Hazelwood [1] визначають клінічний аудит як процес змін, заявивши: «аудит, який просто вимірює, але не стимулює зміни для вирішення проблем які виявлено, не є хорошим аудитом. Усі хороші аудиторські проекти повинні містити програму змін активності та пост-ідентифікації результатів аудиту, щоб забезпечити необхідні зміни».

Група клінічного аудиту повинна інтерпретувати та обговорювати висновки, щоб прояснити сфери, де потрібні дії для покращення якості клінічної допомоги та її результати. Якщо перевірка показала, що існують серйозні занепокоєння щодо практики окремої особи, їх слід негайно передати спонсору аудиту, який повинен повідомити керівника служби для термінового вжиття заходів.

Усі аудиторські звіти слід надавати службі, зокрема відповідному керівникові відділу або групи обслуговування та управління. Як що перевірки проводяться певним комітетом/групою, звіти повинні бути подані до керівництва комітету/групи для перегляду та дії. Коли аудиторська група розробила рекомендації, рішення про те, які зміни можна вводити та контролювати, слід використовувати результати разом із зворот-

ним зв'язком і локальним консенсусом, щодо зміни та вдосконалення клінічної практики.

Пріоритети дій мають бути визначені чітко задокументовано. Всі аудити повинні супроводжуватися якісним планом удосконалення з метою досягнення необхідних покращень на практиці.

#### Етап 5 — Підтримка покращень

Цикл аудиту є безперервним процесом. Повний аудит в ідеалі включає два збори даних і порівняння одного з іншим, наступне впровадження змін після першого збору даних, щоб визначити, чи були зроблені покращення. Подальші цикли можуть бути необхідні, якщо продуктивність все ще не досягає рівнів, встановлених на початку аудиту. На цьому етапі може виникнути обґрунтування бажаного коригування рівня продуктивності в світлі отриманих результатів [5, 6]

Там, де існують плани покращення якості, слід проводити моніторинг та забезпечити виконання планів згідно з домовленістю та в узгоджені терміни.

Клінічні лідери та/або менеджери, які погоджуються впроваджувати плани покращення якості несуть відповідальність за виконання планів покращення якості та підтримку якості поліпшення [3]. Зведений звіт про прогрес слід подавати через відповідні лінії відповідальності через регулярні проміжки часу.

Відповідний керівний комітет відповідає за моніторинг та звітування про прогрес впровадження через структуру звітності. План покращення якості, пов'язаний з аудитом, повинен бути офіційно оцінений, мають бути визначені регулярні проміжки часу та відповідні дії, які необхідно вжити. Якщо плани не були реалізовані, рекомендується провести швидкий повторний аудит, щоб зміни справді покращили практику та з'ясувати, чи необхідний подальший аудит процедури потрібні в короткий термін.

#### Висновок

Таким чином, процедуру клінічного аудиту можна звести до декількох стандартних етапів, а саме: планування аудиту, вибір стандарту/критерію проведення аудиту: визначення (вимірювання) продуктивності аудиту: внесення поліпшень та підтримку поліпшень.

#### References:

1. Ashmore, S., Ruthven, T., and Hazelwood, L. (2011, a — d). Stage 1 -4: Preparation, planning and organisation of clinical audit. In Burgess, R. (ed) NEW Principles of Best Practice in Clinical Audit. Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP). Abingdon, Radcliffe Medical Press
2. Buttery, Y. (1998). Implementing evidence through audit. In: Bury, T and Mead, J. (eds) Evidence-based Healthcare: A Practical Guide for Therapists. Oxford, Butterworth-Heinemann
3. Dixon, N. and Pearse, M. (2011). Guide for clinical audit leads. Healthcare Quality Improvement Partnership. Available at: <http://www.hqip.org.uk/assets/Guide-for-clinical-audit-leads-21-Mar-11.pdf>
4. Donabedian (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 44 (3): Suppl: 166-206.
5. Health Service Executive (2013). National Consent Policy. Available from: [http://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/Advocacy/National\\_Consent\\_Advisory\\_Group](http://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/Advocacy/National_Consent_Advisory_Group)
6. Healthcare Quality Improvement Partnership (2012). Template for Clinical Audit Strategy. Available from: <http://www.hqip.org.uk/template-policy-strategy> Infectious Diseases (Maintenance) Regulations 1981. Available from: <http://www.irishstatutebook.ie>
7. Potter, J., Fuller, C., and Ferris, M (2010). Local clinical audit: handbook for physicians. Healthcare Quality Improvement Partnership. Available at: <http://www.hqip.org.uk/assets/Guidance/Local-clinical-audit-handbook-for-physicians-August-2010-FINAL.pdf>
8. Wade, DT (2015). Ethics, audit, and research: all shades of grey. British Medical Journal, 330: 468-73.

*Вперше надійшла до редакції 19.06.2024 р.  
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування*