



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (ΟΔΕ)

Διπλωματική εργασία

**Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΘΗΝΑ ΚΟΛΕΤΣΑ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων με κατεύθυνση Διοίκηση
Ανθρώπινου Δυναμικού

Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2019

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Διπλωματική Εργασία

**Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΘΗΝΑ ΚΟΛΕΤΣΑ

Επιβλέπον Καθηγητής:

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΙΟΤΡΑΣ

Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2019

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Copyright © Αθηνά Κολέτσα, 2018.

Με επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματος, All rights reserved

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα από όλα θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον καθηγητή μου Τσιότρα Γεώργιο, καθηγητή του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων, του Πανεπιστημίου Μακεδονίας για την καθοδήγησή του που μου παρείχε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Καθώς επίσης στον σύζυγό μου Κυριάκο και στην κόρη μου Αριάδνη που χωρίς την συμπαράσταση και την στήριξή τους δεν θα κατάφερνα να φέρω εις πέρας το μεταπτυχιακό αυτό.

Αφιερώνω την εργασία αυτή
στον σύζυγό μου, Κυριάκο,
στην κόρη μου, Αριάδνη και
στο καινούργιο μέλος της οικογένειας,
στον μικρούλη Πέτρο.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	7
Abstract	8
Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο 1ο: Θεωρητικό Πλαίσιο Διαχείρισης Γνώσης.....	11
1.1. Η γνώση.....	11
1.2. Ρητή και άρρητη γνώση	13
1.3. Διαχείριση γνώσης	16
1.4. Ιστορικά στοιχεία	20
1.5. Στοιχεία διαχείρισης γνώσης	22
1.5.1. Δημιουργία και καταγραφή γνώσης	22
1.5.2. Διαμοιρασμός γνώσης	23
1.5.3. Αποθήκευση και ανάκτηση γνώσης και πληροφοριών	24
1.5.4. Διάδοση γνώσης.....	24
1.6. Μοντέλα διαχείρισης γνώσης	25
1.6.1. Το μοντέλο του Zack.....	25
1.6.2. Το μοντέλο των Bukowitz & Williams.....	26
1.6.3. Το μοντέλο του McElroy.....	27
1.6.4. Το μοντέλο WIGG	28
1.7. Συστήματα διαχείρισης γνώσης.....	28
Κεφάλαιο 2 ^ο : Θεωρητικό Πλαίσιο Ποιότητας στις Μονάδες Υγείας	30
2.1. Η έννοια της ποιότητας	30
2.1.1. Ορισμός ποιότητας.....	30
2.1.2. Ιστορικά στοιχεία	33
2.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις μονάδες υγείας.....	36
2.2.1. Ασφάλεια ασθενών	36

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

2.2.2. Αποδοτικότητα	36
2.2.3. Αποτελεσματικότητα.....	37
2.2.4. Προσβασιμότητα.....	38
2.2.5. Ο ασθενής στο επίκεντρο.....	38
2.2.6. Ισότητα	39
2.3. Βελτίωση ποιότητας στις μονάδες υγείας	39
2.4. Συνεχής βελτίωση ποιότητας στις μονάδες υγείας	40
2.5. Προσεγγίσεις βελτίωσης και συνεχούς ποιότητας στις μονάδες υγείας	43
Κεφάλαιο 3 ^ο : Διαχείριση γνώσης και βελτίωση ποιότητας στις μονάδες υγείας – Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	47
3.1. Η διαχείρισης της γνώσης στις μονάδες υγείας	47
3.1.1. Η γνώση στις μονάδες υγείας	47
3.1.2. Η σημασία της διαχείρισης της γνώση στις μονάδες υγείας.....	47
3.1.3. Τα συστήματα και οι πρακτικές διαχείρισης γνώσης στις μονάδες υγείας	50
3.2. Η σύνδεση της διαχείρισης γνώσης και της βελτίωσης της ποιότητας	53
3.3. Ανασκόπηση αρθρογραφίας- Η συμβολή της διαχείρισης της γνώσης στην βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας.....	56
3.4. Οι προκλήσεις της διαχείρισης της γνώσης στον τομέα της υγείας.....	63
Κεφάλαιο 4 ^ο : Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	67
Βιβλιογραφία	70

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της διαχείριση της γνώσης ως παράγοντα βελτίωσης ποιότητας στις μονάδες υγείας, καθώς και της γενικότερης σχέσης μεταξύ της διαχείρισης γνώσης και της ποιότητας στους οργανισμούς αυτούς. Το θέμα καλύπτεται μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η διαχείριση της γνώσης και η ποιότητα της φροντίδας είναι δύο αλληλένδετες διαδικασίες. Τα συστήματα που υιοθετούνται από τις μονάδες υγείας για την βελτίωση της ποιότητας μπορούν να συνεισφέρουν στην διαχείριση της γνώσης, αλλά και η διαχείριση της γνώσης έχει πολλές δυνατότητες να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, επηρεάζοντας θετικά πολλές από τις διαστάσεις της. Συγκεκριμένα η προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι η ανταλλαγή της γνώσης που ανακύπτει καθημερινά στο πλαίσιο της επιστημονικής έρευνας και η οποία ενημερώνει την ιατρική κλινική πρακτική είναι κρίσιμης σημασίας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας, δηλαδή για την παροχή φροντίδας που είναι συνεπής με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις. Η διαχείριση της γνώσης και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της, έχει επίσης δειχθεί ότι μπορούν να μειώσουν τα ιατρικά σφάλματα, να ενισχύσουν την ασφάλεια των ασθενών, να βελτιώσουν την πρόσβαση στην υγεία για τους ασθενείς, καθώς και να συνεισφέρουν στην μείωση του κόστους για τους οργανισμούς υγείας, βελτιώνοντας την αποδοτικότητα τους. Λόγω των δυνατοτήτων της διαχείρισης της γνώσης να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, η υιοθέτηση σχετικών συστημάτων και πρακτικών είναι ένα θέμα που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για την εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη, όπως τα εργαλεία διαχείρισης γνώσης που βασίζονται σε τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών, τα οποία αποτελούν μια σημαντική ευκαιρία για τους οργανισμούς, και θα πρέπει να αξιοποιηθούν προς το σκοπό της ενίσχυσης της δημιουργίας και ανταλλαγής γνώσεων και συνακόλουθα της βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας.

Abstract

The purpose of this study is to investigate knowledge management as a factor for improving quality in health care units, as well as the general relationship between knowledge management and quality in these organizations. The subject is covered by the review of Greek and international literature. The results show that knowledge management and quality of care are two interrelated processes. Systems adopted by healthcare units to improve quality can contribute to knowledge management, but knowledge management has many potential to contribute to improving the quality of care provided, positively influencing many of its dimensions. In particular, previous research has shown that knowledge sharing arising daily in the context of scientific research and which updates medical clinical practice is critical to providing quality care, that is, providing care that is consistent with current professional knowledge. Knowledge management and the systems used in it have also been shown to reduce medical errors, enhance patient safety, improve access to health for patients, and help reduce costs for health organizations, improving their efficiency. Because of the potential of knowledge management to improve the quality of care provided, the adoption of relevant systems and practices is an issue that should be addressed by healthcare providers. There are many opportunities for implementing knowledge management in health care, such as knowledge-based tools based on information and communication technologies, which are an important opportunity for organizations, and should be exploited to enhance the creation and the exchange of knowledge and, consequently, the improvement of the care provided.

Εισαγωγή

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας τομέας που βασίζεται στη γνώση και επομένως η διαχείριση της γνώσης και τα εργαλεία διαχείρισης της γνώσης στον τομέα της υγείας έχουν προσελκύσει μεγάλη προσοχή στην επιστημονική βιβλιογραφία (Shahmoradi et al, 2017). Οι καθημερινές δραστηριότητες του τομέα της υγείας και κυρίως η παροχή φροντίδας εξαρτάται από τη συνεργασία διαφόρων εταίρων που πρέπει να μοιράζονται τις γνώσεις ώστε να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς (Morr και Subercaze, 2010). Για το σκοπό αυτό, οι ιατρικές γνώσεις θα πρέπει να διατίθενται και να είναι εύκολα προσβάσιμες σε όλους όσους τις χρειάζονται, και ως εκ τούτου, η διαχείριση της γνώσης είναι πρωταρχικής σημασίας για τη συνεργασία και την ανταλλαγή γνώσεων ώστε να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Morr και Subercaze, 2010).

Η τρέχουσα έρευνα δείχνει ότι η διαχείριση της γνώσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατανόηση της απόδοσης στους οργανισμούς. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η διαδικασία διαχείρισης της γνώσης έχει θετική επίδραση στις λειτουργικές και οργανωτικές επιδόσεις (Chen και Huang, 2009; Fugate et al, 2008). Η παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης είναι μια διαδικασία που βασίζεται στη γνώση και επομένως η ικανότητα διαχείρισης της γνώσης παρέχει μια ευκαιρία για βελτίωση της απόδοσης της διαδικασίας (Nilakanta et al., 2009). Στο ίδιο πλαίσιο τα συστήματα βελτίωσης της ποιότητας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών υγείας (Bordoloi και Islam, 2012).

Αν και οι δύο έννοιες της ποιότητας και της διαχείρισης της γνώσης έχουν σε μεγάλο βαθμό διερευνηθεί ξεχωριστά στη βιβλιογραφία ως προς την επίδραση τους στην απόδοση των οργανισμών στον τομέα της υγείας, πιο πρόσφατα ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει αρχίσει να συζητά για τα αποτελέσματα της συσχέτισης τους (Chong et al, 2010, Loke et al., 2012; Marchiori και Mendes, 2018), αλλά και συγκεκριμένα για τον τρόπο με τον οποίο η διαχείριση της γνώσης μπορεί να συνεισφέρει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους οργανισμούς του τομέα της υγείας (Morr και Subercaze, 2010; Shahmoradi et al, 2017).

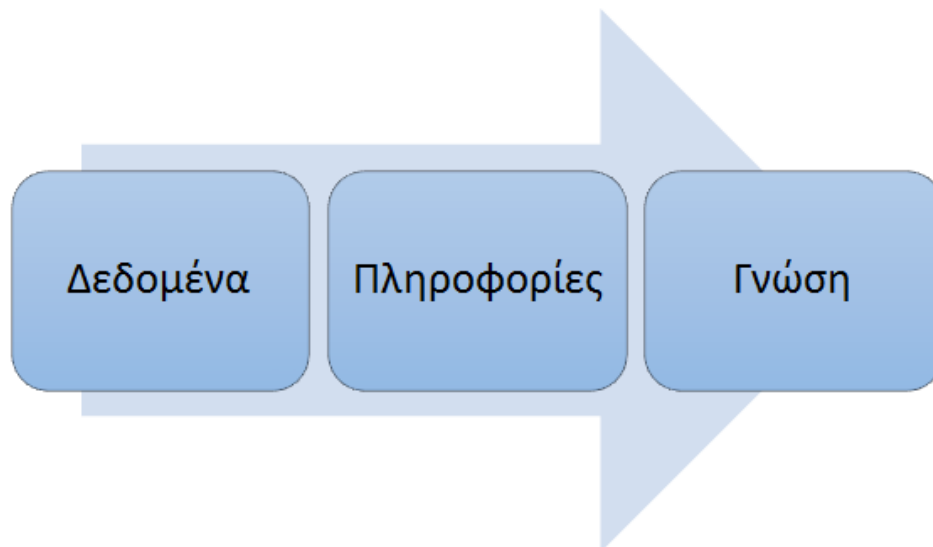
Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει την διαχείριση της γνώσης ως παράγοντα βελτίωσης ποιότητας στις μονάδες υγείας. Το θέμα καλύπτεται μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Η εργασία ξεκινά με την παράθεση του θεωρητικού πλαισίου της διαχείρισης της γνώσης και της ποιότητας στον τομέα της φροντίδας υγείας και συνεχίζει με την παρουσίαση των σημαντικότερων ευρημάτων της βιβλιογραφίας, τόσο όσο αφορά τη γενικότερη σχέση μεταξύ της ποιότητας και της διαχείρισης της γνώσης, όσο και τον τρόπο με τον οποίο η διαχείριση της γνώσης, συντελεί στην βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Κεφάλαιο 1ο: Θεωρητικό Πλαίσιο Διαχείρισης Γνώσης

1.1.Η γνώση

Η μελέτη του θεωρητικού πλαισίου της γνώσης απαιτεί προηγουμένως της διασαφήνιση του όρου «γνώση». Η γνώση (knowledge) προκύπτει ή εξάγεται από τις πληροφορίες (information), οι οποίες με τη σειρά τους, προκύπτουν από την επεξεργασία ενός συνόλου δεδομένων (data) (Filemon και Uriarte, 2008) (Σχήμα 1.1.).



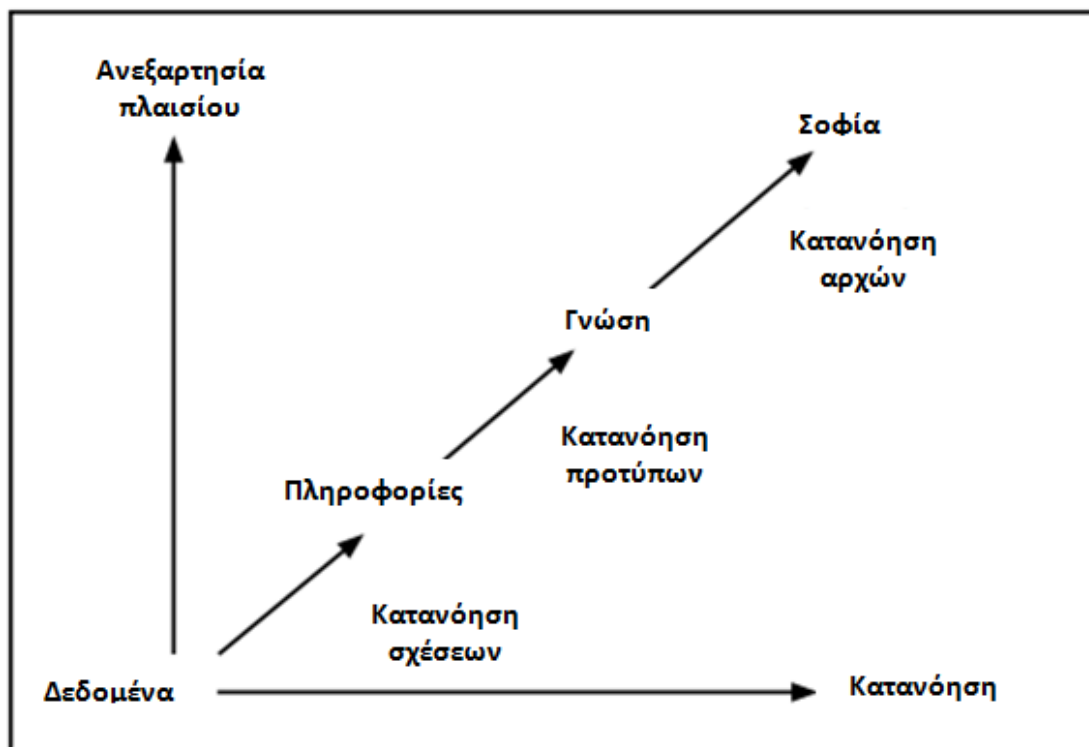
Σχήμα 1.1. Σύντομη περιγραφή διαδικασίας παραγωγής γνώσης

Ξεκινώντας από αριστερά στο Σχήμα 1.1., τα δεδομένα μπορεί να είναι ένας αριθμός ή μια λέξη ή ένα γράμμα χωρίς κανένα πλαίσιο. Για παράδειγμα, αριθμοί όπως το 5 ή το 100, χωρίς κανένα πλαίσιο, αποτελούν απλά δεδομένα. Χωρίς αναφορά σε χώρο ή χρόνο, αυτοί οι αριθμοί ή τα δεδομένα δεν έχουν νόημα και καμία σχέση μεταξύ τους. Μια απλή συλλογή δεδομένων, μπορεί να συμβάλλει στην απόκτηση νοήματος, όμως δεν αποτελεί πληροφορία. Αυτό σημαίνει ότι εάν δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δεδομένων, τότε αυτά δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι είναι πληροφορίες. Αυτό που κάνει μια συλλογή δεδομένων, πληροφορία, είναι η κατανόηση των σχέσεων μεταξύ

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

των δεδομένων ή μεταξύ της συλλογής δεδομένων και άλλων πληροφοριών. Με άλλα λόγια, αυτό που είναι απαραίτητο για την παραγωγή πληροφοριών από τα δεδομένα είναι το πλαίσιο, δηλαδή η σχέση μεταξύ των δεδομένων (Filemon και Uriarte, 2008).

Γενικά, οι πληροφορίες παραμένουν σχετικά στατικές στο χρόνο και γραμμικές στη φύση. Δεδομένου ότι οι πληροφορίες παρέχουν απλώς τη σχέση μεταξύ των δεδομένων, η ύπαρξη των σχέσεων των δεδομένων και μόνο, δεν υποδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο τα δεδομένα ενδέχεται να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Εν ολίγοις λοιπόν, μια πληροφορία είναι μια σχέση μεταξύ κάποιων δεδομένων, η οποία εξαρτάται από ένα συγκεκριμένο πλαίσιο προκειμένου να έχει νόημα, χωρίς να έχει επιπτώσεις για το μέλλον (Filemon και Uriarte, 2008).



Σχήμα 1.2. Αναλυτική περιγραφή διαδικασίας παραγωγής γνώσης

Πηγή: Filemon και Uriarte, 2008

Ωστόσο, όταν οι πληροφορίες επεξεργαστούν περαιτέρω, έχουν τη δυνατότητα να μετατραπούν σε γνώση. Οι πληροφορίες επεξεργάζονται περαιτέρω όταν εντοπιστεί

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

μια πρότυπη σχέση ανάμεσα στα δεδομένα και τις πληροφορίες. Όταν λοιπόν κάποιος είναι σε θέση να κατανοήσει αυτά τα πρότυπα σχέσεων και τις επιπτώσεις τους, τότε η συλλογή δεδομένων και πληροφοριών, μετατρέπεται σε γνώση. Ωστόσο σε αντίθεση με τις απλές στατικές πληροφορίες που εξαρτώνται από το περιβάλλον, η γνώση έχει την τάση να δημιουργεί το δικό της πλαίσιο. Με άλλα λόγια, τα πρότυπα που αντιπροσωπεύουν τη γνώση έχουν την τάση να δημιουργούν το δικό τους πλαίσιο. Αυτά τα πρότυπα σχέσεων, τα οποία είναι αντιπροσωπευτικά της γνώσης, έχουν το χαρακτηριστικό γνώρισμα ότι είναι πλήρη, ένα χαρακτηριστικό που οι απλές πληροφορίες δεν περιέχουν. Αυτά τα πρότυπα είναι δυναμικά, το οποίο σημαίνει ότι αλλάζουν συνεχώς. Και όταν αυτά τα πρότυπα είναι πλήρως κατανοητά, υπάρχει υψηλό επίπεδο προβλεψιμότητας και αξιοπιστίας ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα πρότυπα θα αλλάξουν ή θα εξελιχθούν με την πάροδο του χρόνου (Σχήμα 1.2) (Filemon και Uriarte, 2008).

Ωστόσο σύμφωνα με τον Biggam (2001), η γνώση δεν προέρχεται μόνο μέσα από την κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των δεδομένων και πληροφοριών, αλλά μπορεί να οριστεί και ως η εξοικείωση που αποκτάται από την εμπειρία (ενός προσώπου, ενός γεγονότος ή πράγματος. Μπορεί επίσης να σημαίνει τη θεωρητική ή πρακτική κατανόηση ενός θέματος, μιας γλώσσας κλπ. ή μπορεί πολύ απλά να οριστεί ως το σύνολο των πραγμάτων που είναι γνωστά.

Ανεξάρτητα από τον ορισμό που μπορεί να αποδοθεί στη γνώση, είναι γεγονός ότι αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως η νέα στρατηγική επιταγή των οργανώσεων. Δεδομένου ότι η γνώση είναι δύναμη, οι οργανισμοί επιχειρούν όλο και περισσότερο να συσσωρεύουν, να κρατούν και να διατηρούν τη γνώση, ώστε να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Spender, 2015). Αυτό το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα επιτυγχάνεται με την πλήρη αξιοποίηση των πληροφοριών και των δεδομένων σε συνδυασμό με την αξιοποίηση των δεξιοτήτων και ιδεών των ανθρώπων καθώς και της δέσμευσης και των κινήτρων τους. Στο εταιρικό πλαίσιο, η γνώση είναι το προϊόν της οργάνωσης και η συστηματική συλλογιστική που εφαρμόζεται στα δεδομένα και τις πληροφορίες. Είναι το αποτέλεσμα της μάθησης που παρέχει το μοναδικό βιώσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του οργανισμού (Dalkir και Beaulieu, 2017).

1.2. Ρητή και άρρητη γνώση

Στον τομέα της διαχείρισης της γνώσης, η γνώση θεωρείται ότι μπορεί να είναι ρητή ή άρρητη. Η άρρητη ή σιωπηρή γνώση (tacit knowledge) αναφέρεται στη γνώση που είναι κατανοητή χωρίς να δηλώνεται (Biggam, 2001) ή εναλλακτικά αναφέρεται στη γνώση που αποθηκεύεται στον εγκέφαλο του ατόμου (Filemon και Uriarte, 2008) και μπορεί να προκύπτει από την εμπειρία, περιλαμβάνοντας επίσης παράγοντες όπως ατομικές απόψεις και πεποιθήσεις ή συστήματα αξιών. Η ρητή γνώση (explicit knowledge) από την άλλη είναι η γνώση που δηλώνεται (Biggam, 2001), δηλαδή η γνώση που περιέχεται σε έγγραφα, αρχεία ή άλλα μέσα αποθήκευσης, εκτός από τον ανθρώπινο εγκέφαλο (Filemon και Uriarte, 2008).

Η άρρητη γνώση είναι προσωπική, και συσσωρεύεται μέσω της μελέτης ή της απόκτησης εμπειρίας ή μέσω της διαδικασίας της αλληλεπίδρασης με άλλους ανθρώπους. Μπορεί να περιλαμβάνει υποκειμενικές ιδέες, απόψεις και πεποιθήσεις, διαισθήσεις και εικασίες. Η άρρητη γνώση ενισχύεται με την πρακτική της δοκιμής και του λάθους και την εμπειρία της επιτυχίας και της αποτυχίας. Ως εκ τούτου, η άρρητη γνώση είναι συγκεκριμένη σε ένα πλαίσιο και είναι δύσκολο να επισημοποιηθεί, να καταγραφεί ή να δηλωθεί. Ως εκ τούτου ο βαθμός και η δυνατότητα με την οποία μπορεί να διαμοιραστεί εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα και την προθυμία του ατόμου που την διαθέτει να τη μεταφέρει στους άλλους. Ο διαμοιρασμός της άρρητης γνώσης αποτελεί μεγάλη πρόκληση για πολλούς οργανισμούς (Collins, 2010).

Η ρητή γνώση από την άλλη, είναι κωδικοποιημένη, αποθηκεύεται σε έγγραφα, βάσεις δεδομένων, ιστότοπους, μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, κλπ. Είναι ένα είδος γνώσης που μπορεί εύκολα να διατεθεί σε άλλους και να μεταδοθεί ή να διαμοιραστεί με τη μορφή συστηματικών και επίσημων γλωσσών. Οι ρητές γνώσεις περιλαμβάνουν οτιδήποτε μπορεί να κωδικοποιηθεί, να τεκμηριωθεί και να αρχειοθετηθεί. Αντιπροσωπεύει τη συσσώρευση της εμπειρίας του οργανισμού, που διατηρείται σε μια μορφή, η οποία μπορεί εύκολα να προσεγγιστεί από τα ενδιαφερόμενα μέρη και να αναπαραχθεί εάν είναι επιθυμητό (Collins, 2010).

Ο διαχωρισμός της γνώσης ως άρρητης ή ρητής δεν συνεισφέρει στην κατανόηση του τι αποτελεί γνώση, απλώς δείχνει ότι η γνώση μπορεί είτε να δηλωθεί, είτε όχι. Και

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

αυτό ακριβώς είναι το χαρακτηριστικό της που μπορεί να οδηγήσει ή όχι στην απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος για έναν οργανισμό. Μέσα σε έναν οργανισμό η ρητή γνώση δηλώνεται και έτσι γίνεται γνώση για όλους τους εργαζόμενους της επιχείρησης (Biggam, 2001).

Ωστόσο δεδομένου ότι ένα μεγάλο μέρος της γνώσης μέσα στον οργανισμό, μπορεί να υπάρχει σε άρρητη μορφή, οι οργανώσεις επιθυμούν να αξιοποιήσουν αυτός το είδος της γνώσης, προκειμένου να αποκομίσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Η σιωπηρή γνώση μπορεί να διαμοιραστεί μέσα από διάφορες δραστηριότητες και μηχανισμούς, οι οποίοι μπορεί να περιλαμβάνουν συνομιλίες, εργαστήρια, εκπαίδευση στην εργασία. Ωστόσο ο διαμοιρασμός της άρρητης γνώσης είναι μια διαδικασία με πολλές προκλήσεις για τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς, καθ' ότι η άρρητη γνώση είναι δύσκολο να αναπαραχθεί. Παρ' όλα αυτά αναγνωρίζεται ευρέως ότι είναι σημαντικό για τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις να ανακαλύπτουν, να διαδίδουν και να χρησιμοποιούν την άρρητη γνώση των υπαλλήλων τους, προκειμένου να βελτιστοποιήσουν τη χρήση του πνευματικού τους κεφαλαίου (Biggam, 2001).

Σε κάθε οργάνωση, η άρρητη γνώση είναι επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη ορθών αποφάσεων. Ένα νέο στέλεχος που δεν έχει ακόμη εξοικειωθεί με την επιχείρηση θα δυσκολευτεί να λάβει καλές αποφάσεις αφού δεν θα έχει ακόμη αποκτήσει άρρητη γνώση σχετικά με τη λειτουργία του οργανισμού. Συνεπώς, η άρρητη γνώση είναι ζωτικής σημασίας για να λειτουργήσει σωστά η επιχείρηση και για να δημιουργηθεί αξία στο εσωτερικό της, και αυτή είναι η ουσία του «οργανισμού μάθησης» (Nonaka, 2008).

Η μεγάλη αξία που έχει η άρρητη γνώση, δεν θα πρέπει ωστόσο να υποβαθμίζει την αντίστοιχη αξία της ρητής γνώσης, καθ' ότι μεταξύ των δύο μορφών γνώσης, υπάρχει αλληλεπίδραση. Χωρίς την άρρητη γνώση, θα ήταν δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να κατανοηθεί η ρητή γνώση. Για παράδειγμα, ένα άτομο χωρίς τεχνική, μαθηματική ή επιστημονική γνώση (άρρητη γνώση) θα έχει μεγάλη δυσκολία στην κατανόηση ενός πολύ σύνθετου μαθηματικού σχήματος, ακόμα και αν αυτό είναι άμεσα διαθέσιμο από την εταιρεία. Οι επιχειρήσεις θα πρέπει να προσπαθούν να μετατρέπουν την άρρητη γνώση, σε ρητή, μέσα από τον διαμοιρασμό της πρώτης, εναλλακτικά η άρρητη γνώση δεν θα μπορέσει να αξιοποιηθεί (Filemon και Uriarte, 2008).

1.3. Διαχείριση γνώσης

Η διαχείριση γνώσης, ως πεδίο μελέτης και έρευνας, υπάρχει πάνω από 30 χρόνια. Αν και αρχικά αποτελούσε περισσότερο μια ακαδημαϊκή θεωρία, σήμερα έχει μετατραπεί σε ένα ουσιαστικό στοιχείο του επιχειρηματικού περιβάλλοντος. Μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμοι ορισμοί για τη διαχείριση της γνώσης. Οι Girard και Girard (2015), στην έρευνά τους παραθέτουν περισσότερους από 100 ορισμούς που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για τη διαχείριση της γνώσης και έπειτα από μια ανάλυση συχνότητας, καταλήγουν στο γεγονός ότι οι συχνότερα αναφερόμενες λέξεις μέσα σε αυτούς είναι η γνώση, η οργάνωση, η διαδικασία, η πληροφόρηση, η χρήση, η κοινή χρήση, η δημιουργία και η διαχείριση. Βασιζόμενοι σε αυτό, οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η διαχείριση γνώσης είναι η διαδικασία της δημιουργίας, της ανταλλαγής, της χρήσης και της διαχείρισης των γνώσεων και των πληροφοριών στο πλαίσιο ενός οργανισμού (Girard και Girard, 2015).

Ο όρος της διαχείρισης της γνώσης αναφέρεται σε μια πολυεπιστημονική προσέγγιση για την επίτευξη των οργανωτικών στόχων μέσα από την καλύτερη αξιοποίηση της γνώσης. Διαισθητικά η διαχείριση της γνώσης σημαίνει τη μετατροπή της άρρητης γνώσης, σε ρητή και την κατανομή της μέσα στον οργανισμό. Πρόκειται για μια διαδικασία μέσω της οποίας οι οργανισμοί παράγουν αξία από τα πνευματικά, και τα βασισμένα στη γνώση, περιουσιακά τους στοιχεία. Καθίσταται εμφανές λοιπόν, ότι η διαχείριση γνώσης ασχολείται με τη διαδικασία ταυτοποίησης, απόκτησης, διανομής-διαμοιρασμού και διατήρησης των γνώσεων που είναι απαραίτητες για την λειτουργία της οργανώσεων (Filemon και Uriarte, 2008; Dalkir & Beaulieu, 2017).

Σύμφωνα με τους Filemon και Uriarte, (2008) υπάρχουν δύο βασικές πτυχές της διαχείρισης της γνώσης, οι οποίες είναι η διαχείριση των πληροφοριών και η διαχείριση των ανθρώπων. Στην πρώτη περίπτωση η γνώση προκύπτει μέσα από τη διαχείριση των πληροφοριών. Οι πληροφορίες αποτελούν έναν σημαντικό εταιρικό

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

πόρο που μπορεί να αξιοποιηθεί και να διαχειριστεί, προκειμένου να βελτιώσει την ανταγωνιστικότητα των οργανισμών. Στο πλαίσιο αυτό οι επιχειρήσεις συλλέγουν πληροφορίες ή χρησιμοποιούν τις ήδη υπάρχουσες πληροφορίες, τις αναλύουν με ειδικά εργαλεία, όπως κυρίως τεχνολογικά εργαλεία και μεθόδους ανάλυσης και προγραμματισμού πληροφοριών, για να εξάγουν τη γνώση για ένα συγκεκριμένο θέμα (π.χ. τμηματοποίηση της αγοράς) (Filemon και Uriarte, 2008).

Η δεύτερη πτυχή της διαχείρισης της γνώσης είναι η διαχείριση των ανθρώπων, δηλαδή του ανθρώπινου δυναμικού των οργανισμών. Η διαχείριση της γνώσης από την άποψη αυτή συνεπάγεται τη διαχείριση της άρρητης γνώσης που βρίσκεται εντός των ανθρώπων. Προκειμένου μια επιχείρηση να διαχειριστεί αποτελεσματικά τους ανθρώπους που έχουν την επιθυμητή άρρητη γνώση, είναι αναγκαίο να λαμβάνει υπόψη τις πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες τους, τις στάσεις και τις προσδοκίες τους και τις προτιμήσεις τους. Εάν αυτό μπορεί να γίνει επιτυχώς, μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία νέων γνώσεων που διαφορετικά δεν θα μπορούσαν να παραχθούν, μόνο μέσα από τη διαχείριση των πληροφοριών (Filemon και Uriarte, 2008).

Και οι δύο πτυχές της διαχείρισης της γνώσης, έχουν δύο άμεσους βασικούς σκοπούς: 1) να καταστήσουν τις οργανωτικές γνώσεις περισσότερο παραγωγικές, και 2) να παράγουν οικονομικά και μη οικονομικά οφέλη για την επιχείρηση. Ένα οικονομικό όφελος αποτιμάται από τη χρηματική αξία του (π.χ. συνεισφορά σε πωλήσεις), ενώ ένα μη οικονομικό όφελος μπορεί να είναι η αφοσίωση και η πίστη του πελάτη (Filemon και Uriarte, 2008).

Πράγματι όπως υποδεικνύουν διάφορες έρευνες η ενεργός διαχείριση της γνώσης, μπορεί να εξοικονομήσει σημαντικούς πόρους για τις επιχειρήσεις. Η ενεργός διαχείριση της γνώσης και η επιτυχής υιοθέτηση συστημάτων και πρακτικών διαχείρισης και ανταλλαγής γνώσης, βελτιώνουν τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων, αυξάνουν την αποδοτικότητα, προωθούν την καινοτομία και τελικά εξοικονομούν χρόνο και χρήμα για τις επιχειρήσεις (Maditinos et al, 2016).

Έρευνες που έχουν γίνει υποδεικνύουν θετική συσχέτιση της διαχείρισης γνώσης, τόσο με δείκτες οικονομικής απόδοσης (π.χ. κερδοφορία), όσο και με δείκτες μη οικονομικής απόδοσης (π.χ. καινοτομία, ηγεσία, ποιότητα προϊόντων-υπηρεσιών, κ.α.) (Maditinos et al, 2016). Για παράδειγμα σε σχέση με την οικονομική απόδοση οι

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Marques & Garrigos-Simon (2006), οι οποίοι διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ των πρακτικών διαχείρισης της γνώσης ((α) προσανατολισμός προς την ανάπτυξη, τη μεταφορά και την προστασία της γνώσης, (β) συνεχής μάθηση στον οργανισμό, (γ) κατανόηση του οργανισμού ως ένα παγκόσμιο σύστημα, (δ) ανάπτυξης πρωτοποριακής κουλτούρας που ενθαρρύνει την έρευνα και ανάπτυξη - R&D, (ε) προσέγγιση βασισμένη στα άτομα, (στ) ανάπτυξη και διαχείριση δεξιοτήτων με βάση τις ικανότητες) και της απόδοσης σε ένα δείγμα 222 επιχειρήσεων στους τομείς της βιοτεχνολογίας και των τηλεπικοινωνιών, βρήκαν πώς οι επιχειρήσεις που υιοθετούν πρακτικές διαχείρισης γνώσης έχουν καλύτερα αποτελέσματα οικονομικής απόδοσης σε σχέση με τους ανταγωνιστές τους.

Παρόμοια ο Omerzel (2010) διερευνώντας τους διάφορους καθοριστικούς παράγοντες της διαχείρισης της γνώσης (χρήση γνώσεων, απόκτηση γνώσεων σε ατομικό επίπεδο, αποθήκευση γνώσεων, κίνητρα για το διαμοιρασμό των γνώσεων, αποτελεσματικότηταεφαρμογής της διαχείρισης της γνώσης, και μεταφορά γνώσης) και την επίδραση τους στην απόδοση ενός δείγματος 168 μικρομεσαίων επιχειρήσεων, βρήκε ότι όλες οι παραπάνω διαστάσεις της διαχείρισης της γνώσης είναι αλληλένδετες και σημαντικές για την απόδοση της επιχείρησης.

Η ενεργός διαχείριση της γνώσης έχει επίσης συνδεθεί και με την ενίσχυση της καινοτομίας στις επιχειρήσεις. Οι δραστηριότητες και οι ενέργειες μιας επιχείρησης στο πλαίσιο της διαχείρισης της γνώσης επηρεάζει παράγοντες όπως οι αποδόσεις των επιμέρους δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων και οι δείκτες της ικανότητας των εργαζομένων να εκτελούν καθήκοντα που σχετίζονται με τη γνώση, οι οποίοι εν τέλει οδηγούν σε δημιουργία νέων και καινοτόμων ιδεών. Η δημιουργία νέων και καινοτόμων ιδεών στο εσωτερικό του οργανισμού, λόγω της καλύτερης χρήσης της γνώσης, θα μπορούσε να επηρεάσει τη βελτίωση των διαδικασιών, ενώ κατά τον ίδιο τρόπο, η βελτίωση των διαδικασιών βελτιώνει τις ικανότητες των εργαζομένων (Davenport, 1999).

Πράγματι, οι Czarnitzki & Wastyn(2009), οι οποίοι διερεύνησαν εμπειρικά την επίδραση τριών πρακτικών διαχείρισης γνώσης (εφαρμογή και διατήρηση κωδικοποιημένης πολιτικής / συστήματος διαχείρισης της γνώσης, ερεθίσματα για την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των εργαζομένων και ενεργητική απόκτηση και χρήση εξωτερικών πηγών γνώσης) στην ενίσχυση της καινοτομίας σε ένα δείγμα

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

1282 επιχειρήσεων στην Ευρώπη, βρήκαν θετική συσχέτιση των ως άνω πρακτικών στις καινοτόμες επιδόσεις των εταιρειών. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές τονίζουν ότι εάν μια επιχείρηση θέλει να μειώσει το λειτουργικό της κόστος, είναι πιο σημαντικό να επενδύει σε ερεθίσματα για την ανταλλαγή γνώσεων μεταξύ των εργαζομένων και να εφαρμόζει μια κωδικοποιημένη πολιτική διαχείρισης της γνώσης, όμως για μια επιχείρηση η οποία στοχεύει στην εισαγωγή νέων προϊόντων στην αγορά, θαείναι πιο επωφελές να αναζητά γνώση από εξωτερικές πηγές.

Ο DuPlessis (2007) από την άλλη υποστηρίζει ότι η άρρητη γνώση είναι αυτό το είδος γνώσης που συμβάλλει στην ενίσχυση της καινοτομίας στους οργανισμούς. Οι επιχειρήσεις με υψηλό δυναμικό καινοτομίας έχουν ισχυρά αποκτηθέντα επίπεδα άρρητης γνώσης, γεγονός το οποίο καθιστά δύσκολο για τους ανταγωνιστές να αναπαραγάγουν τις καινοτόμες ιδέες των επιχειρήσεων αυτών. Η ανταλλαγή άρρητης γνώσης ως πόρου για την καινοτομία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη τομέων όπου δεν υπάρχουν πολλές σαφείς γνώσεις, όπως πχ. για επιχειρήσεις στον τομέα της βιοτεχνολογίας. Αν και η ρητή γνώση δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο όπως η άρρητη γνώση στη διαδικασία της καινοτομίας λόγω του γεγονότος ότι οι ρητές γνώσεις σχετικά με τις καινοτομίες είναι εύκολα προσπελάσιμες από τους ανταγωνιστές, η ρητή γνώση αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα ενίσχυσης της καινοτομίας στους οργανισμούς.

Οι Choi et al (2008) από την άλλη, εξετάζοντας ένα δείγμα 131 επιχειρήσεων, διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές διαχείρισης της γνώσης και τις οργανωτικές επιδόσεις. Υποστήριξαν ότι η άρρητη-εσωτερικά προσανατολισμένη γνώση και η ρητή-εξωτερικά προσανατολισμένη γνώση, έχουν μια συμπληρωματική σχέση, και ο συνδυασμός τους συνεπάγεται θετική επίδραση των στρατηγικών διαχείρισης γνώσης στην οικονομική απόδοση των επιχειρήσεων. Έτσι φαίνεται ότι τόσο η ρητή, όσο και η άρρητη γνώση, μπορούν να έχουν εξίσου θετική επίδραση στην απόδοση των επιχειρήσεων.

Επίσης δεδομένου ότι η διαχείριση γνώσης συνήθως εντάσσεται στα πλαίσια του τμήματος Ανθρώπινων Πόρων ή του τμήματος Πληροφορικής στις επιχειρήσεις, οι πρακτικές της διαχείρισης των ανθρωπίνων, όσο και οι πρακτικές στο πλαίσιο των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση και το διαμοιρασμό της γνώσης, έχουν επίσης διερευνηθεί ως προς τη

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

συνεισφορά τους στην ανταγωνιστικότητα και την οικονομική απόδοση των επιχειρήσεων, με θετικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα οι Adreeva et al (2012) οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των πρακτικών διαχείρισης γνώσης που συνίσταται στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και στην τεχνολογία πληροφορικής (ΤΠΕ) και της ανταγωνιστικότητας και της οικονομικής απόδοσης σε ένα δείγμα 238 επιχειρήσεων, βρήκαν στατιστικά σημαντική θετική επίδραση των πρακτικών αυτών στις χρηματοοικονομικές επιδόσεις όσο και στην ανταγωνιστικότητα. Αντίθετα οι πρακτικές διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού από μόνες τους δεν βρέθηκε να βελτιώνουν τις οικονομικές επιδόσεις. Παρόμοια οι Rasula et al (2012), μελετώντας ένα δείγμα 329 επιχειρήσεων είχαν βρει ότι οι πρακτικές διαχείρισης της γνώσης όπως μετρήθηκαν μέσω της τεχνολογίας της πληροφορίας και των χαρακτηριστικών της οργάνωσης (οργανωσιακή κουλτούρα, οργανωσιακό κλίμα και συνεργασία), επηρεάζουν θετικά τις οργανωτικές επιδόσεις.

Συνολικά λοιπόν φαίνεται ότι η διαχείριση της γνώσης μπορεί να έχει πολλά οικονομικά και μη οικονομικά οφέλη για τις επιχειρήσεις, και ως εκ τούτου αυτές που αποτυγχάνουν να διαχειριστούν και να μοιραστούν τη γνώση, μπορούν να έχουν σημαντικές οικονομικές απώλειες, καθώς και απώλεια ανταγωνιστικότητας και απόδοσης. Η διαχείριση γνώσης θεωρείται ως η καλύτερη στρατηγική που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι επιχειρήσεις για τη βελτίωση του επιπέδου ανταγωνισμού, δεδομένου ότι η γνώση είναι ένας στρατηγικός πόρος που τους επιτρέπει να αποκτήσουν υψηλότερο επίπεδο ανταγωνιστικότητας και καινοτομίας, σε ένα περιβάλλον όπου ο ανταγωνισμός εντείνεται καθημερινά και η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει σημαντικές διαχειριστικές και οικονομικές προκλήσεις για τους οργανισμούς (Maditinos et al, 2016).

1.4. Ιστορικά στοιχεία

Αν και η διαχείριση της γνώσης εμφανίστηκε ως τομέας επιστημονικής έρευνας, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, κάποιες θεωρητικές έννοιες σχετικές με την διαχείριση της γνώσης και μερικές ελάχιστες πρακτικές διαχείρισης γνώσης είχαν αρχίσει ήδη να αναπτύσσονται από τη δεκαετία του '70 και του '80 (Stewart, 2007).

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Ορισμένοι θεωρητικοί ερευνητές στον τομέα της διοίκησης επιχειρήσεων, όπως οι Peter Drucker, Paul Strassmann και Peter Senge στις ΗΠΑ συνέβαλλαν σε μεγάλο βαθμό στη διάδοση των θεωρητικών ιδεών της διαχείρισης της γνώσης. Για παράδειγμα, οι Drucker και Strassmann υπογράμμισαν την αυξανόμενη σημασία της πληροφόρησης και της ρητής γνώσης ως οργανωτικούς πόρους, ενώ ο Senge επικεντρώθηκε στον «οργανισμό μάθησης», μια πολιτιστική διάσταση της διαχείρισης της γνώσης. Μια έρευνα από τον Leonard-Barton για μια εταιρεία που είχε εφαρμόσει μια αποτελεσματική στρατηγική διαχείρισης της γνώσης από τα μέσα της δεκαετίας του '70, ενέπνευσε σε μεγάλο βαθμό την έρευνα γύρω από τη δημιουργία και τη διατήρηση της γνώσης στο εσωτερικό των οργανισμών. Οι Everett Rogers και Thomas Allen στα τέλη της δεκαετίας του 70, συνέβαλλαν επίσης σε μεγάλο βαθμό στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι γνώσεις παράγονται, χρησιμοποιούνται και διαδίδονται στο εσωτερικό των οργανισμών, και μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80, η σημασία της γνώσης (και της έκφρασης της ως επαγγελματικής ικανότητας) ως πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος ήταν προφανής. Ωστόσο οι κλασσικοί οικονομολόγοι είχαν μέχρι τότε αγνοήσει την αξία της γνώσης ως περιουσιακό στοιχείο και πολλές επιχειρήσεις εξακολουθούσαν να μην έχουν στρατηγικές και μεθόδους διαχείρισης της γνώσης (Barclay και Murray, 1997).

Η αναγνώριση της αυξανόμενης σημασίας της γνώσης συνοδεύτηκε από την ανησυχία σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της εκθετικής αύξησης του όγκου των διαθέσιμων πληροφοριών και δεδομένων και των ολοένα και πιο πολύπλοκων προϊόντων και διαδικασιών. Η τεχνολογία των υπολογιστών είχε σε μεγάλο βαθμό συμβάλλει σε αυτή την αύξηση. Κατά τη δεκαετία του 80, άρχισαν να αναπτύσσονται τα πρώτα συστήματα διαχείρισης γνώσεων, βασιζόμενα στις τότε τεχνολογίες υπολογιστών (Barclay και Murray, 1997).

Παρ' όλα αυτά η διαχείριση της γνώσης ως τομέας της επιστημονικής έρευνας αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Την περίοδο εκείνη, ο Hubert Saint-Onge ήταν από τους πρώτους ακαδημαϊκούς που ξεκίνησε να διερευνά την έννοια, ενώ η ιδέα της διαχείρισης της γνώσης υιοθετήθηκε μεταγενέστερα και από άλλους ερευνητές, όπως ο Ikujiro Nonaka (Hitotsubashi University), η Hirotaka Takeuchi (Hitotsubashi University), ο Thomas H. Davenport (Babson College) και ο

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Baruch Lev (Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης). Μέχρι το 1990, αρκετές εταιρείες συμβούλων διαχείρισης είχαν αρχίσει να αναπτύσσουν εσωτερικά προγράμματα διαχείρισης γνώσης και αρκετές γνωστές αμερικανικές, ευρωπαϊκές και ιαπωνικές επιχειρήσεις είχαν θεσπίσει προγράμματα εστιασμένα στη διαχείριση της γνώσης. Το 1998, ο Thomas A. Stewart, πρώην συντάκτης του περιοδικού Fortune και στη συνέχεια ο εκδότης του περιοδικού Harvard Business Review, δημοσίευσε ένα άρθρο που υπογράμιζε τη σημασία του πνευματικού κεφαλαίου στις οργανώσεις (Stewart, 2007).

1.5. Στοιχεία διαχείρισης γνώσης

Ένα πλήρες σύστημα διαχείρισης γνώσης σε κάθε οργανισμό πρέπει να περιλαμβάνει τέσσερα στοιχεία τα οποία είναι η δημιουργία και η καταγραφή της γνώσης, η ανταλλαγή γνώσης ή ο διαμοιρασμός γνώσης, η αποθήκευση και η ανάκτηση της γνώσης και τέλος η διάδοση της γνώσης (Filemon και Uriarte, 2008; Brajer-Marczak, 2016).

1.5.1. Δημιουργία και καταγραφή γνώσης

Το πρώτο στοιχείο της διαχείρισης της γνώσης είναι η δημιουργία γνώσεων και η σύλληψη (creation and capture of knowledge). Η γνώση δημιουργείται συνεχώς σε κάθε ομάδα, εταιρεία ή οργανισμό, καθώς η ίδια η αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων δημιουργεί γνώσεις. Ένας από τους κύριους στόχους της διαχείρισης της γνώσης είναι να συλλάβει τη γνώση που παράγεται κατά τη διάρκεια τέτοιων αλληλεπιδράσεων. Ως συνέπεια του ιδιαίτερα ανταγωνιστικού χαρακτήρα των σύγχρονων αγορών, υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς να δημιουργούν νέες γνώσεις, να δημιουργούν και να αναπτύσσουν νέες ιδέες και έννοιες και να κατακτούν αυτές τις γνώσεις (Filemon και Uriarte, 2008).

Η δημιουργία νέων γνώσεων δεν θα είναι δυνατή χωρίς τη δημιουργικότητα και την καινοτομία. Αυτά είναι τα δύο πιο σημαντικά χαρακτηριστικά ή δεξιότητες που απαιτούνται για να καταστήσουν την οργάνωση πιο παραγωγική και ανταγωνιστική. Για το λόγο αυτό, η δημιουργικότητα και η καινοτομία απαιτούν σωστή διαχείριση. Εάν διαχειρίζονται αποτελεσματικά, αυτές οι δεξιότητες μπορούν να αξιοποιηθούν

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ώστε να ανακαλυφθούν εναλλακτικές προσεγγίσεις στις επιχειρηματικές δραστηριότητες, όπως γρηγορότερος τρόπος ολοκλήρωσης εργασιών, φθηνότερες μέθοδοι παραγωγής και γενικότερα ευκολότερες διαδικασίες για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων (Filemon και Uriarte, 2008).

1.5.2. Διαμοιρασμός γνώσης

Η ανταλλαγή ή ο διαμοιρασμός γνώσεων (knowledge sharing), είναι ζωτικής σημασίας στη διαχείριση της γνώσης, και ορίζεται ως μια δραστηριότητα ή ένα σύνολο δραστηριοτήτων, μέσω των οποίων οι γνώσεις στο εσωτερικό ενός οργανισμού ανταλλάσσονται μεταξύ των ανθρώπων του. Τα άτομα στον οργανισμό μπορεί είτε να αναζητούν ενεργά πηγές γνώσης (π.χ. αναζήτηση σε βιβλιοθήκη, αρχεία, αναζήτηση εμπειρογνώμονα, αναζήτηση συνεργασίας με άλλα άτομα, κλπ.), είτε να αποτελούν τα ίδια πηγή γνώσης που παρέχεται προς τους υπόλοιπους στον οργανισμό (π.χ. ενημερωτικά δελτία, δημοσιεύσεις, κλπ). Η ανταλλαγή γνώσεων στο πλαίσιο αυτό εξαρτάται από την προθυμία του εργαζόμενου σε ένα οργανισμό να αναζητά ή / και να είναι δεκτικός σε αυτές τις πηγές γνώσης (Dalkir & Beaulieu, 2017).

Ως εκ τούτου η ανταλλαγή και ο διαμοιρασμός γνώσεων είναι μια διαδικασία με πολλές προκλήσεις, καθώς πολλά εμπόδια είναι δυνατό να προκύψουν στη διαδικασία της μεταφοράς της γνώσης. Σε επίπεδο οργανισμού, διάφοροι παράγοντες που μπορεί να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην ανταλλαγή γνώσης, είναι η έλλειψη σαφούς σύνδεσης μεταξύ της στρατηγικής διαχείρισης γνώσης και των στόχων του οργανισμού, η ελλιπής ηγετική και διοικητική καθοδήγηση, όσο αφορά την σαφή επικοινωνία των πλεονεκτημάτων και των αξιών των πρακτικών ανταλλαγής γνώσεων προς του εργαζομένους, η έλλειψη συστημάτων αναγνώρισης-επιβράβευσης που παροτρύνουν τους εργαζομένους να ανταλλάσουν γνώσεις, κλπ. (Cuang et al, 2016). Σε ατομικό επίπεδο, δηλαδή σε επίπεδο εργαζόμενου, παράγοντες που μπορεί να δράσουν ανασταλτικά στην ανταλλαγή γνώσης είναι η έλλειψη χρόνου και κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ πηγών και αποδεκτών γνώσης, η ανησυχία ότι η ανταλλαγή γνώσεων μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια της απασχόλησης, τα μικρά επίπεδα συνειδητοποίησης και αξιοποίησης της αξίας και του οφέλους της

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

γνώσης που διαθέτουν οι άλλοι, η πεποίθηση ότι η γνώση αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία κλπ. (Chen et al, 2012).

Η τεχνολογία μπορεί αναμφίβολα να λειτουργήσει ως καταλύτης στην αποτελεσματική ανταλλαγή γνώσης, ενθαρρύνοντας και υποστηρίζοντας τις διαδικασίες ανταλλαγής γνώσεων, και καθιστώντας την ανταλλαγή γνώσεων ευκολότερη και αποτελεσματικότερη (Rieze et al, 2005).

1.5.3. Αποθήκευση και ανάκτηση γνώσης και πληροφοριών

Το τρίτο στοιχείο της διαχείρισης γνώσης είναι η αποθήκευση και η ανάκτηση πληροφοριών (information storage and retrieval). Ο οργανισμός θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι οι αποκτηθείσες ή κοινές γνώσεις είναι άμεσα προσβάσιμες από τους άλλους. Αυτό μπορεί να γίνει με την αποθήκευση των πληροφοριών σε μια κεντρική θέση με επαρκείς διατάξεις για εύκολη ανάκτηση. Για παράδειγμα, οι ηλεκτρονικές πληροφορίες μπορούν να αποθηκευτούν σε βάσεις δεδομένων ενώ τα επίσημα έγγραφα, αφού εγκριθούν, πρέπει να ταξινομηθούν και να αποθηκευτούν ηλεκτρονικά σε κατάλληλα συστήματα αρχείων. Τα έγγραφα και οι πληροφορίες σε βάσεις δεδομένων θα μπορούν στη συνέχεια να ανακτηθούν μέσω του διαδικτύου ή μέσω του εσωτερικού δικτύου του οργανισμού (Ackerman et al, 2003).

Στις περισσότερες οργανώσεις, το μεγαλύτερο μέρος των πληροφοριών είναι πιθανό να είναι σε σχετικά μη δομημένες μορφές. Αυτά μπορεί να έχουν τη μορφή τυπικών εγγράφων, όπως αναφορές, σημειώματα, υπολογιστικά φύλλα ή μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Αυτά τα έγγραφα περιέχουν συνήθως πολύτιμες πληροφορίες, αλλά δεν είναι εύκολο να αναζητηθούν και να βρεθούν. Για να είναι αποτελεσματικό ένα σύστημα διαχείρισης γνώσης, πρέπει να χρησιμοποιεί μηχανές αναζήτησης που θα μπορούν να οργανώσουν τέτοιες μη δομημένες πληροφορίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, απαιτείται κάποια μορφή δομής πληροφοριών για τη διευκόλυνση της επακόλουθης ανάκτησης και χρήσης των πληροφοριών (Filemon και Uriarte, 2008).

1.5.4. Διάδοση γνώσης

Το τέταρτο στοιχείο της διαχείρισης της γνώσης είναι η διάδοση γνώσεων (knowledge dissemination). Εάν δεν διαδοθεί αποτελεσματικά η γνώση, ο αντίκτυπος

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

της γνώσης στην ανάπτυξη του οργανισμού θα παραμείνει περιορισμένος. Για να είναι αποτελεσματική η διάδοση της γνώσης, θα απαιτηθεί η μετατροπή της εξατομικευμένης σιωπηρής γνώσης σε ρητή γνώση που μπορεί να γίνει ευρύτερα γνωστή. Σε έναν οργανισμό όπου υπάρχει φόβος διαχείρισης ή ιεραρχίας, οι εργαζόμενοι θα έχουν την τάση να διατηρούν τις γνώσεις τους για τον εαυτό τους και να τις μοιράζονται με άλλους με σύνεση. Σε περιπτώσεις όπως αυτή, η διοίκηση πρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος κατανόησης, συνεργασίας και εκμάθησης. Θα πρέπει επίσης να ενθαρρύνει την ανταλλαγή γνώσεων, ακόμη και αν τα θετικά αποτελέσματα από αυτή τη διαδικασία δεν είναι άμεσα εμφανή. Οι εκδόσεις, οι παρουσιάσεις, οι ιστοτόποι και οι βιβλιοθήκες είναι οι πιο προφανείς μορφές διάδοσης της γνώσης. Η συμμετοχή σε εξωτερικά δίκτυα, η σύναψη εταιρικών σχέσεων και συνεργασιών με άλλους οργανισμούς και η δημιουργία κέντρων γνώσης αποτελούν επίσης αποτελεσματικό μέσο για τη διάδοση της γνώσης (Darroch, 2005).

1.6. Μοντέλα διαχείρισης γνώσης

Μέχρι σήμερα στη βιβλιογραφία έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα διαχείρισης γνώσης, τα οποία στην ουσία αναφέρονται στον κύκλο της διαχείρισης της γνώσης μέσα σε έναν οργανισμό, ο οποίος αποτελεί μια διαδικασία μετατροπής της πληροφορίας σε γνώση μέσα σε έναν οργανισμό και εξηγούν τον τρόπο με τον οποίο η γνώση συλλαμβάνεται, επεξεργάζεται και διανέμεται σε έναν οργανισμό. Τα πιο διαδεδομένα μοντέλα διαχείρισης γνώσης είναι των Meyer και Zack (1996), των Bukowitz και Williams (2000), τους McElroy (2003) και το μοντέλο WIGG (1993).

1.6.1. Το μοντέλο του Zack

Το μοντέλο των Meyer και Zack (1996) συνεπάγεται έναν κύκλο διαχείρισης γνώσης με μια σειρά από αναπτυξιακά στάδια, τα οποία είναι η απόκτηση της γνώσης, η βελτίωση της γνώσης, η αποθήκευση / ανάκτηση της γνώσης, η διανομή και η παρουσίαση / χρήση. Η απόκτηση αφορά θέματα σχετικά με την προέλευση των πρώτων υλών, όπως το εύρος, το βάθος, η αξιοπιστία, η ακρίβεια, η επικαιρότητα, η καταλληλότητα, το κόστος, ο έλεγχος και η αποκλειστικότητα. Στη συνέχεια η

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

βελτίωση της γνώσης μπορεί να είναι φυσική (μετάβαση σε κάποια νέα επιχειρηματική δραστηριότητα) ή λογική (όπως αναδιάρθρωση, επανασχεδίαση, κλπ.). Αυτό το στάδιο προσθέτει επίσης στην αξία των τελικών προϊόντων και υπηρεσιών, δημιουργώντας πιο εύχρηστα αντικείμενα γνώσης και αποθηκεύοντας το περιεχόμενο ευκολότερα για μελλοντική χρήση. Κατόπιν, η αποθήκευση ή η ανάκτηση αποτελεί γέφυρα μεταξύ των σταδίων προσθήκης και βελτίωσης που προηγούνται της ροής και τα οποία τροφοδοτούν το αποθετήριο γνώσης. Η αποθήκευση μπορεί επίσης να είναι φυσική (φάκελοι αρχείων, έντυπες πληροφορίες) καθώς και ψηφιακή (βάση δεδομένων, λογισμικό διαχείρισης γνώσης). Η διανομή (ή ο διαμοιρασμός, καθορίζει τον τρόπο παράδοσης του προϊόντος στον τελικό χρήστη και περιλαμβάνει όχι μόνο το μέσο παράδοσης αλλά και τον χρόνο, τη συχνότητα, τη μορφή, τη γλώσσα κλπ.). Τέλος η παρουσίαση/χρήση είναι το τελικό στάδιο. Σε αυτό το στάδιο αξιολογείται η απόδοση καθενός από τα προηγούμενα βήματα προστιθέμενης αξίας. Αν μετά τα παραπάνω στάδια, δεν έχει δημιουργηθεί ένα επαρκές πλαίσιο για τη χρήση της γνώσης, τότε ο κύκλος της διαχείρισης γνώσης δεν κατάφερε να αποδώσει αξία στο άτομο και τελικά στην εταιρεία. Σε αυτό το μοντέλο υποστηρίζεται επίσης ότι το αποθετήριο γνώσης θα πρέπει να ανανεώνεται συνεχώς (Meyer και Zack, 1996).

1.6.2. Το μοντέλο των Bukowitz & Williams

Οι Bukowitz και Williams (2000) παρουσίασαν επίσης ένα πλαίσιο διαδικασίας διαχείρισης της γνώσης που περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι οργανισμοί παράγουν, διατηρούν και επεκτείνουν ένα στρατηγικά σωστό απόθεμα γνώσεων για να δημιουργήσουν αξία. Στο πλαίσιο αυτό, η γνώση περιλαμβάνει αποθετήρια γνώσης, σχέσεις, τεχνολογίες πληροφόρησης, υποδομές επικοινωνιών, σύνολα λειτουργικών δεξιοτήτων, τεχνογνωσία διεργασιών, περιβαλλοντική ανταπόκριση, οργανωτική νοημοσύνη και εξωτερικές πηγές. Αυτά τα στάδια στοχεύουν σε διαδικασίες μεγαλύτερης εμβέλειας για την αντιστοίχιση του πνευματικού κεφαλαίου στις στρατηγικές ανάγκες.

Το πρώτο στάδιο της απόκτησης (get), συνίσταται στην αναζήτηση πληροφοριών που απαιτούνται για τη λήψη αποφάσεων, την επίλυση προβλημάτων ή την καινοτομία. Το δεύτερο στάδιο της χρήσης (use), ασχολείται με τον τρόπο με τον οποίο συνδυάζεται

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

η πληροφόρηση με νέους και ενδιαφέροντες τρόπους προκειμένου να προωθηθεί η οργανωτική καινοτομία. Το επίκεντρο σε αυτό το στάδιο είναι ο τρόπος με τον οποίο δουλεύουν τα άτομα και οι ομάδες, προς τον παραπάνω σκοπό. Το τρίτο στάδιο της μάθησης (learn) παρέχει την τυπική διαδικασία μάθησης από τις εμπειρίες ως μέσο δημιουργίας ανταγωνιστικού κέρδους. Η μάθηση στις επιχειρήσεις είναι σημαντική επειδή εξυπηρετεί το μεταβατικό βήμα μεταξύ της εφαρμογής ιδεών και της δημιουργίας νέων ιδεών. Τέλος το στάδιο της συνεισφοράς (contribute), ασχολείται με την ενθάρρυνση των εργαζομένων να διαμοιραστούν όσα έχουν μάθει στη βάση γνώσεων των κοινοτήτων (όπως ένα αποθετήριο). Μόνο με αυτόν τον τρόπο, οι μεμονωμένες γνώσεις μπορούν να γίνουν ορατές και διαθέσιμες σε ολόκληρο τον οργανισμό (Bukowitz και Williams, 2000).

1.6.3. Το μοντέλο του McElroy

Ο McElroy (2003) περιέγραψε τον κύκλο ζωής της γνώσης που αποτελείται από τις διαδικασίες παραγωγής γνώσης και ενσωμάτωσης γνώσης, με μια σειρά βρόχων ανατροφοδότησης για την οργανωτική μνήμη, τις πεποιθήσεις, τις αξιώσεις και το περιβάλλον επεξεργασίας των επιχειρήσεων. Στο κύκλο αυτό, αρχικά διατυπώνονται οι απαιτήσεις σε γνώση που έχει ο οργανισμός ή δηλώνεται το υπάρχον κενό γνώσης. Η διατύπωση της απαίτησης γνώσης λειτουργεί ως απάντηση στις εγκεκριμένες αιτήσεις προβλημάτων μέσω της απόκτησης πληροφοριών και της ατομικής και ομαδικής μάθησης. Στη συνέχεια οι νέες απαιτήσεις γνώσης ελέγχονται και εξετάζονται μέσω διαδικασιών αξιολόγησης της γνώσης. Η αξιολόγηση των αιτήσεων γνώσης έχει ως αποτέλεσμα επιζήμιες διεκδικήσεις γνώσης που θα ενσωματωθούν ως νέες οργανωτικές γνώσεις ή με ψευδείς / αναποφάσιστους ισχυρισμούς γνώσης. Η εμπειρία που αποκτάται από την εφαρμογή της γνώσης στη βάση της οργανωσιακής γνώσης οδηγεί σε νέες αξιώσεις και προκύπτουσες πεποιθήσεις, προκαλώντας την έναρξη του κύκλου ξανά από την αρχή.

Η ενσωμάτωση της γνώσης στο μοντέλο αυτό είναι η διαδικασία με την οποία ένας οργανισμός ανακοινώνει νέες απαιτήσεις γνώσης στο λειτουργικό περιβάλλον του. Περιλαμβάνει ολόκληρη τη μετάδοση της γνώσης, όπως η διδασκαλία, η ανταλλαγή γνώσεων και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες που είτε συνδέουν την κατανόηση των οργανωτικών γνώσεων που έχουν παραχθεί προηγουμένως, είτε φιλοξενούν τις

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

νεοσύστατες γνώσεις. Ένα από τα πλεονεκτήματα του κύκλου McElroy είναι η σαφής περιγραφή του τρόπου με τον οποίο εξετάζεται η γνώση και γίνεται συνειδητή απόφαση ως προς το εάν θα συμπεριληφθεί ή όχι στην οργανωτική μνήμη. Ο κύκλος της διαχείρισης της γνώσης του McElroy (2003) στοχεύει σε διαδικασίες για τον προσδιορισμό του περιεχομένου της γνώσης που έχει αξία για την οργάνωση και τους υπαλλήλους της.

1.6.4. Το μοντέλο WIGG

Το μοντέλο WIGG ή εναλλακτικά το μοντέλο Karl Wiig KM (1993) υπογραμμίζει την ακόλουθη αρχή: για να είναι η γνώση χρήσιμη και πολύτιμη, πρέπει να οργανωθεί. Η γνώση θα πρέπει να οργανώνεται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το πως θα χρησιμοποιηθεί. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό βασικός σκοπός της διαχείρισης της γνώσης είναι να κατασταθεί η οργάνωση έξυπνη, ενεργώντας προς τη διευκόλυνση της δημιουργίας, της συσσώρευσης, της ανάπτυξης και της χρήσης ποιοτικών γνώσεων. Ο κύκλος της διαχείρισης γνώσης του WIGG δείχνει πώς η γνώση κατασκευάζεται και χρησιμοποιείται από ένα άτομο ή ένα οργανισμό (Wigg, 1993).

Τα τέσσερα βασικά στάδια του μοντέλου είναι: 1) η οικοδόμηση της γνώσης, από εξωτερικές και εσωτερικές πηγές γνώσης, 2) η διατήρηση της γνώσης, μέσω της αποθήκευσης των πληροφοριών σε μια συγκεκριμένη μορφή, 3) η λήψη της γνώσης, μέσω εσωτερικών δικτύων και πυλών διαχείρισης γνώσης και 4) η εφαρμογή της γνώσης, στο πλαίσιο των εργασιών που ενσωματώνονται στη διαδικασία (Wigg, 1993).

1.7. Συστήματα διαχείρισης γνώσης

Στη σύγχρονη εποχή, όπου τα ποσοστά χρήσης και αξιοποίησης του διαδικτύου αυξάνονται ραγδαία μεταξύ των επιχειρήσεων, και οι τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής τους λειτουργίας, οι οργανισμοί στο πλαίσιο της διαχείρισης της γνώσης, αξιοποιούν τα συστήματα διαχείρισης γνώσης (knowledge management systems). Ο όρος αναφέρεται σε

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

οποιοδήποτε σύστημα πληροφορικής που αποθηκεύει και ανακτά τις γνώσεις, βελτιώνει τη συνεργασία, εντοπίζει πηγές γνώσης, συλλαμβάνει και χρησιμοποιεί γνώσεις ή με κάποιο άλλο τρόπο ενισχύει τη διαδικασία της διαχείρισης της γνώσης, κυρίως μέσω του διαμοιρασμού της γνώσης σε όλα τα μέρη του οργανισμού (Alavi & Leidner, 2001).

Όλα τα συστήματα διαχείρισης της γνώσης απαιτούν ένα ορισμένο επίπεδο τεχνολογίας και υποστήριξης υποδομής για να είναι αποτελεσματικά. Καθώς οι επιχειρηματικές διαδικασίες καθίστανται όλο και πιο πολύπλοκες, η διαχείριση της γνώσης μπορεί να εφαρμοστεί πλήρως μόνο όταν υπάρχουν διαθέσιμες κατάλληλες τεχνολογίες πληροφόρησης και επικοινωνίας. Απαιτείται επαρκής υποδομή ΤΠΕ (τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών) για την καλύτερη δημιουργία, οργάνωση, διάδοση και εφαρμογή της γνώσης (Alavi & Leidner, 2001).

Υπό αυτή την έννοια, οι ΤΠΕ είναι σημαντικοί παράγοντες. Οι λύσεις διαχείρισης γνώσης που διαχειρίζονται τόσο τη ρητή όσο και τη σιωπηρή γνώση πρέπει να ενεργοποιούνται από μια βασική υποδομή επικοινωνιών. Αυτή η βασική υποδομή μπορεί να περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, μια πύλη, έναν εικονικό χώρο εργασίας ή ένα περιβάλλον ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η ανάγκη για έναν τέτοιο παράγοντα είναι μεγαλύτερη σε οργανισμούς που διασκορπίζονται σε πολλές διαφορετικές τοποθεσίες (π.χ. μια διεθνική εταιρεία με γραφεία ή εργοστάσια σε πολλές χώρες), καθώς θα υπάρχει ανάγκη επικοινωνίας και συνεργασίας με παραγωγικούς και ουσιαστικούς τρόπους σε μεγάλες φυσικές αποστάσεις (Filemon και Uriarte, 2008) .

Σε οποιοδήποτε σύστημα διαχείρισης της γνώσης απαιτούνται τρεις κύριες τεχνολογικές υποδομές. Αυτές είναι: πρώτον, η τεχνολογική υποδομή που απαιτείται για την οργάνωση του περιεχομένου, δεύτερον, την τεχνολογική υποδομή που απαιτείται για την αναζήτηση πληροφοριών, από τη στιγμή που οργανώνεται. και τρίτον, η τεχνολογική υποδομή που απαιτείται για τον εντοπισμό της κατάλληλης εμπειρογνωμοσύνης. Προκειμένου να οργανωθεί το περιεχόμενο, τα εργαλεία πληροφορικής και τεχνολογίας επικοινωνίας είναι απαραίτητα. Το πρώτο βήμα για την οργάνωση περιεχομένου είναι η προετοιμασία της ταξινόμησης ή της χαρτογράφησης γνώσεων. Στη χαρτογράφηση της γνώσης, οι πληροφορίες ταξινομούνται σε έναν κατάλογο με έναν συστηματικό τρόπο. Ο τρόπος με τον οποίο οι εργαζόμενοι στην οργάνωση σκέφτονται αντανακλάται στη δομή του καταλόγου.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Οι χρήστες αναγνωρίζουν τις ταξινομήσεις διαισθητικά, επειδή η πλειοψηφία των εργαζομένων εφαρμόζει παρόμοια πνευματικά μοντέλα και χρησιμοποιεί τους καθιερωμένους όρους στη δουλειά του. Καθώς το σύστημα διαχείρισης της γνώσης ωριμάζει, οι ταξινομήσεις αυξάνονται όσον αφορά την ποιότητα και την πληρότητα (Filemon και Uriarte, 2008).

Κεφάλαιο 2^ο: Θεωρητικό Πλαίσιο Ποιότητας στις Μονάδες Υγείας

2.1. Η έννοια της ποιότητας

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ένα όλο και αυξανόμενο ενδιαφέρον από τους οργανισμούς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, να εφαρμόσουν τις αρχές και τις πρακτικές της ΔΟΠ, για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της φροντίδας των ασθενών. Ο λόγος είναι ότι οι οργανισμοί στον τομέα αυτό, έχουν έρθει αντιμέτωποι με πολλές προκλήσεις, όπως η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα η ανάγκη για διατήρηση του κόστους σε λογικά επίπεδα για τους ασθενείς, η ταχέως αναπτυσσόμενη εξάρτηση από την τεχνολογία και η πίεση από τους διεθνείς οργανισμούς υγείας για την καθιέρωση προτύπων ποιότητας, προς όφελος της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών (Talib, Rahman και Azam, 2016). Η ίδια η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες των οργανισμών υγείας είναι επίσης πολύ σημαντική, καθώς συμβάλλει στην αποτελεσματική και αποδοτική παράδοση του αγαθού της υγείας στους ανθρώπους και στην βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας (Kimberly, 1997) .

2.1.1. Ορισμός ποιότητας

Η ποιότητα είναι μια σύνθετη έννοια, για την οποία μέχρι σήμερα, δεν έχει αναπτυχθεί ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της ποιότητας, οι οποίοι αποδίδουν την έννοια αυτή τόσο σε γενικό επίπεδο, όσο και ειδικότερα στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (2002), η ποιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας, καθορίζεται υπό το πρίσμα των τεχνικών προτύπων φροντίδας του παρόχου υγείας και των προσδοκιών των ασθενών. Η ποιότητα της τεχνικής φροντίδας συνίσταται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας κατά τρόπο που να μεγιστοποιεί τα οφέλη της, για την υγεία χωρίς να αυξάνει αντίστοιχα τους κινδύνους της. Ως εκ τούτου, ο βαθμός ποιότητας είναι ο

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη περίθαλψη αναμένεται να επιτύχει την ευνοϊκότερη ισορροπία κινδύνου-οφέλους.

Ο Donabedian (1988) είχε προηγουμένως αναγνωρίσει δύο βασικές διαστάσεις ποιότητας στην φροντίδα υγείας: τις τεχνικές και τη διαπροσωπικές. Η τεχνική φροντίδα αναφέρεται σε κλινικά στοιχεία όπως η ιατρική διάγνωση και η θεραπεία. ενώ η διαπροσωπική φροντίδα αναφέρεται στην ανάπτυξη στοιχείων όπως η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, ο σεβασμός απέναντι στον ασθενή και ο χρόνος που περνάει με τον ασθενή. Ο Donabedian (1988) τόνισε τη σημασία της διαπροσωπικής διάστασης, χαρακτηρίζοντάς την ως αναπόσπαστο μέρος της παροχής τεχνικής φροντίδας.

Οι περισσότερο σύγχρονοι ορισμοί της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, εστιάζουν επίσης στα τεχνικά πρότυπα, στις προσδοκίες των ασθενών, καθώς και στα αποτελέσματα της υγείας. Για παράδειγμα σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής στις ΗΠΑ (Institute of Medicine – IOM), *«η ποιότητα της φροντίδας στις μονάδες υγείας ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα μεμονωμένα άτομα και τον πληθυσμό, αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις»* (Leggat et al, 2010, σ. 356). Σύμφωνα με την ίδια πηγή, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να εκτιμηθεί από δύο απόψεις: τους ασθενείς και την τεχνική ή επαγγελματική. Η πρώτη άποψη περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ικανότητας του παρόχου υπηρεσιών να ανταποκριθεί στη ζήτηση των ασθενών, στην αντίληψη και την ικανοποίησή τους. Η αντίληψη του ασθενούς σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης έχει επίσης υποστηριχθεί από πολλούς ερευνητές (Mashhadiabdol et al., 2014, Kitapci et al., 2014). Πολλές μελέτες παρατηρούν ότι η ποιότητα των αντιλήψεων επηρεάζει την ικανοποίηση, γεγονός που σημαίνει ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι προγνωστικός παράγοντας της ικανοποίησης (Dasanayaka et al., 2012).

Οι Liyanage και Egbu (2005) τονίζουν ότι για τη βελτίωση της ποιότητας, το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι ιατρικά καταρτισμένο και κλινικά αποτελεσματικό. Σύμφωνα με τους Walters και Jones (2001), είναι πιθανόν να προκύψουν σοβαρές ελλείψεις εάν υπάρξει οποιαδήποτε προσπάθεια να επιτευχθεί ποιότητα χωρίς να κατανοηθούν πλήρως οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

πελατών. Για παράδειγμα το κόστος θεραπείας και η μη συμμόρφωση με τα κλινικά πρότυπα, θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι ασθενείς μπορεί επίσης να έχουν παράπονα από την παροχή της φροντίδας, όπως μεγάλοι χρόνοι αναμονής, ελλιπής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, υψηλό κόστος και παράπονα από το προσωπικό του τομέα της υγείας (Talib et al, 2015). Επομένως, είναι σημαντικό να προσδιορίζονται οι ποιοτικές παράμετροι της υγειονομικής περίθαλψης που είναι πρακτικά χρήσιμες για τους οργανισμούς υγείας, τους ασθενείς και την κοινωνία στο σύνολο της (Karoor, 2011).

Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με τους Brown et al (1998), η ποιότητα στην υγεία, μπορεί να ιδωθεί από τρεις προοπτικές: του πελάτη-ασθενή, του παρόχου υγείας και του διαχειριστή του συστήματος υγείας ή της μονάδας υγείας.

Για τους ασθενείς και τις κοινότητες που εξυπηρετούνται από τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, η ποιοτική φροντίδα ανταποκρίνεται στις αντιλαμβανόμενες ανάγκες τους και παρέχεται σωστά και έγκαιρα. Εν ολίγοις, ο ασθενής θέλει υπηρεσίες που ανακουφίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα και αποτρέπουν την ασθένεια. Η προοπτική του πελάτη είναι πολύ σημαντική, επειδή οι ικανοποιημένοι ασθενείς συχνά έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμορφωθούν με τη θεραπεία και να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έτσι, οι διαστάσεις της ποιότητας που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία της κοινότητας (Brown et al, 1998).

Από την πλευρά του παρόχου, η ποιοτική φροντίδα συνεπάγεται ότι ο πάροχος έχει τις ικανότητες και τους πόρους και κάνει τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενή και την κοινότητα, σύμφωνα με τις τρέχουσες τεχνικές προδιαγραφές και τους διαθέσιμους πόρους. Η δέσμευση και το κίνητρο του παρόχου εξαρτάται από την ικανότητα του να εκτελεί τα καθήκοντά του με ιδανικό ή βέλτιστο τρόπο. Οι πάροχοι τείνουν να επικεντρώνονται στην τεχνική ικανότητα, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. Ακριβώς όπως και το σύστημα υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών, πρέπει επίσης να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Με αυτή την έννοια, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να θεωρηθούν ως οι εσωτερικοί πελάτες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Χρειάζονται και αναμένουν αποτελεσματικές και αποδοτικές τεχνικές, διοικητικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας (Brown et al, 1998).

Τέλος η ποιοτική φροντίδα απαιτεί οι ανώτεροι διαχειριστές να εμπλέκονται σπάνια στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς, αν και η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών είναι κεντρική σε ό, τι κάνουν. Οι ποικίλες απαιτήσεις ελέγχου και χρηματοοικονομικής και διοικητικής διαχείρισης παρουσιάζουν πολλές απροσδόκητες προκλήσεις. Αυτό μπορεί να αφήσει έναν διαχειριστή χωρίς σαφή αίσθηση προτεραιοτήτων ή σκοπού. Η εστίαση στις διάφορες διαστάσεις της ποιότητας μπορεί να συμβάλει στον καθορισμό των διοικητικών προτεραιοτήτων. Οι υπεύθυνοι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ικανοποιούν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις τόσο των παρόχων όσο και των ασθενών. Επίσης, πρέπει να είναι υπεύθυνοι διαχειριστές των πόρων που τους έχουν ανατεθεί από την κυβέρνηση, τους ιδιωτικούς φορείς και την κοινότητα. Οι υπεύθυνοι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξετάζουν τις ανάγκες των ασθενών, για την αντιμετώπιση ζητημάτων σχετικά με την κατανομή πόρων, τα χρονοδιαγράμματα αμοιβών, τα πρότυπα στελέχωσης και τις πρακτικές διαχείρισης (Brown et al, 1998).

2.1.2. Ιστορικά στοιχεία

Είναι γεγονός ότι η ιδέα της βελτίωσης της ποιότητας δεν προήλθε από τον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά από τον βιομηχανικό τομέα. Στην πραγματικότητα, πολλές από τις τεχνικές και πρακτικές που χρησιμοποιούνται σήμερα στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αναπτύχθηκαν πρωτίστως για τη μεταποιητική βιομηχανία. Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας ενός τελικού προϊόντος ξεκίνησαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1920 μέσω της αυξημένης της ζήτησης για βιομηχανικά προϊόντα. Μέχρι το 1924, ο Walter A. Shewhart είχε αναπτύξει τον πρώτο γνωστό πίνακα ελέγχου, ο οποίος αργότερα έγινε γνωστός ως Κύκλος του Shewhart. Ο Κύκλος του Shewhart συνδέει τις σχετικές βελτιώσεις ποιότητας και τις στατιστικές προσεγγίσεις για την αποτελεσματική διαχείριση και τη συνέχιση των διαδικασιών βελτίωσης στις επιχειρήσεις, βελτιώνοντας έτσι την ανάπτυξη και τον έλεγχο του τρόπου κατασκευής των τελικών προϊόντων. Πρόκειται για μια προσέγγιση που χρησιμοποιείται συνεχώς

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

για τη βελτίωση των διαδικασιών που οδηγούν στο τελικό προϊόν μιας βιομηχανίας. Κάθε βήμα συνδέεται και βασίζεται στο προηγούμενο βήμα και δεν μπορεί κανείς να προχωρήσει στο επόμενο βήμα χωρίς να ολοκληρώσει το προηγούμενο βήμα (Cantiello et al, 2016).

Παρόλο που η ιδέα της βελτίωσης της ποιότητας δεν υπογραμμίστηκε σε μεγάλο βαθμό στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης μέχρι τη δεκαετία του 1980, είχαν ήδη γίνει κάποιες προσπάθειες βελτίωσης και ανάπτυξης ποιοτικής φροντίδας για τους ασθενείς. Ακόμη και πριν από τους Shewhart, Deming και Juran, οι διαχειριστές στη βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης είχαν αρχίσει να εξετάζουν και να αναλύουν μεθόδους, για να εξασφαλίσουν ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σωστά και ότι οι θεραπείες οδηγούσαν σε βελτιωμένη υγειονομική περίθαλψη για τους ασθενείς (Luce et al, 1994; Marjouna και Bozic, 2012).

Το 1910, ο Ernest Codman ήταν ο οδηγός στην ιδέα της βελτίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης, παρακολουθώντας τους ασθενείς ώστε να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των θεραπειών. Οι ιδέες του Codman έθεσαν τις βάσεις, ώστε το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών να αναπτύξει τα «ελάχιστα πρότυπα» περίθαλψης, το οποίο γενικά επικεντρώθηκαν στη βελτίωση της περίθαλψης που παρέχεται στο νοσοκομείο. Μετά από αυτές τις προσπάθειες και σχεδόν σαράντα χρόνια αργότερα, αναπτύχθηκε η Μικτή Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας, γνωστή σήμερα ως Μεικτή Επιτροπή (TJC). Η TJC είναι υπεύθυνη για την εφαρμογή και την προαγωγή προγραμμάτων ποιότητας όχι μόνο σε οργανωτικό επίπεδο αλλά και σε ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Marjouna και Bozic, 2012).

Πρέπει να ειπωθεί επίσης ότι η ποιότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σήμερα, δεν είναι αυτό που ήταν είκοσι ή ακόμα και δέκα χρόνια πριν. Οι ασθενείς πλέον εμπλέκονται περισσότερο με τη φροντίδα τους και ενδιαφέρονται για τις διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη έχουν αυξηθεί οι εκθέσεις σχετικά με τις ενέργειες και τις πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας που λαμβάνουν χώρα σε νοσοκομεία και άλλα κλινικά περιβάλλοντα. Τόσο η ποιότητα της φροντίδας όσο και οι βελτιωμένες διαδικασίες του συστήματος υγείας αποτελούν το επίκεντρο αυτών των εκθέσεων και έργων (Cantiello et al, 2016).

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Ένας αυξημένος αριθμός ιδιωτικών και δημόσιων οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης συνεργάζονται για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Οργανισμοί όπως το Ινστιτούτο για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, η Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης της Ποιότητας (NCQA), η TJC και η Εθνική Υπηρεσία Μέτρων Ποιότητας, μεταξύ άλλων, βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιατρικές ενώσεις ή οι ιατρικές ακαδημίες ιατρικών ειδικοτήτων στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας, παρέχοντας συμβουλές για τη θεραπεία και καθορίζοντας πρότυπα για τους κλινικούς ιατρούς και τις οργανώσεις υγείας που χρησιμοποιούν κατά τη θεραπεία των ασθενών. Παρέχουν επίσης μέτρα για τη συγκριτική αξιολόγηση και οι οργανισμοί μπορούν να αναθεωρήσουν δεδομένα για τη μέτρηση των προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας. Τέτοιες οργανώσεις παρέχουν υλικό εκμάθησης για να βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς και τις οργανώσεις υγείας, στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και στη βελτίωση των διαδικασιών. Παράλληλα με τους φορείς χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας, οι οργανισμοί αυτοί συμβάλλουν στη διαμόρφωση των σημερινών προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας της βιομηχανίας υγείας (Cantiello et al, 2016).

Σήμερα η ποιότητα στον τομέα της υγείας έχει γίνει πολύ σημαντική, για διάφορους λόγους που σχετίζονται με τις συνεχείς αλλαγές στο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης. Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού και η αυξημένη νοσηρότητα μεταφράζονται σε μεγαλύτερη κλινική πολυπλοκότητα, ενώ η πίεση για μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης μειώνει τη διαμονή στις μονάδες υγείας. Παράλληλα με αυτές τις εξελίξεις υπάρχουν απαιτήσεις από το ευρύ κοινό για την αντιμετώπιση των καλά δημοσιευμένων ιατρικών σκανδάλων και των κακών συνθηκών στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα για την βελτίωση της ποιότητας στην υγεία. Πρόσφατα, αυτές οι απαιτήσεις συνέπεσαν με τις ανησυχίες των κυβερνήσεων σχετικά με τις αυξανόμενες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, στο πλαίσιο της οικονομικής ύφεσης που έθεσε πολλές προκλήσεις κόστους στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη. Τα μέτρα περιορισμού του κόστους, όπως οι μειώσεις του προσωπικού, οι μειώσεις των μισθών και οι μειωμένοι προϋπολογισμοί της υγείας, έχουν επηρεάσει αρνητικά όχι μόνο του ασθενείς άμεσα, αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό, με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης προς τους ασθενείς (Humphries et al, 2014).

2.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις μονάδες υγείας

Οι πιο σύγχρονες προσεγγίσεις της ποιότητας στην φροντίδα υγείας, θέλουν την ποιότητα να έχει περισσότερες διαστάσεις, σε σχέση με τις προσεγγίσεις των προηγούμενων δεκαετιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2006), η ποιότητα έχει έξι βασικές διαστάσεις, οι οποίες είναι η αποδοτική παράδοση των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματική παράδοση των υπηρεσιών υγείας, η προσιτότητα για όλους τους ασθενείς, η περίθαλψη που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, η ισότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και η ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρόμοια το Ινστιτούτο Ιατρικής στις ΗΠΑ (IOM, 2001), καθορίζει την ποιότητα της φροντίδας ως φροντίδα που είναι ασφαλής, αποτελεσματική, ευέλικτη, έγκαιρη, αποτελεσματική και δίκαιη.

2.2.1. Ασφάλεια ασθενών

Ως βασική διάσταση της ποιότητας στον τομέα της υγείας, η ασφάλεια σημαίνει την ελαχιστοποίηση των κινδύνων τραυματισμού, μόλυνσης, βλαβερών παρενεργειών ή εμφάνισης επιπλοκών, καθώς και άλλων κινδύνων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλεια αφορά τόσο τον πάροχο όσο και τον ασθενή. Για παράδειγμα, η ασφάλεια αποτελεί σημαντική διάσταση της ποιότητας για τις μεταγγίσεις αίματος, ειδικά μετά την εμφάνιση του AIDS. Οι ασθενείς πρέπει να προστατεύονται από τη μόλυνση, ενώ οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που χειρίζονται το αίμα και τις βελόνες πρέπει να προστατεύονται, με βάση εσωτερικές διαδικασίες ασφαλείας. Αν και η ασφάλεια μπορεί να φαίνεται πιο σημαντική όταν παρέχονται σύνθετες κλινικές υπηρεσίες, υπάρχουν επίσης ανησυχίες για την ασφάλεια όσον αφορά την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, οι αίθουσες αναμονής των ιατρείων μπορούν να θέσουν τους ασθενείς σε κίνδυνο μόλυνσης από άλλους ασθενείς εάν δεν ληφθούν μέτρα για τη μείωση του κινδύνου (Mitchel, 2009; Healy, 2016).

2.2.2. Αποδοτικότητα

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μια σημαντική διάσταση της ποιότητας, διότι επηρεάζει την προσιτότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και επειδή οι πόροι της υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως περιορισμένοι. Οι αποδοτικές υπηρεσίες υγείας παρέχουν τη βέλτιστη και όχι τη μέγιστη φροντίδα στον ασθενή και την κοινότητα, το οποίο σημαίνει ότι παρέχουν το βέλτιστο δυνατό όφελος, με βάση τους διαθέσιμους πόρους. Η αποδοτικότητα απαιτεί την παροχή της απαραίτητης ή κατάλληλης φροντίδας. Η κακή φροντίδα που προκύπτει από μη αποδοτικά πρότυπα ή εσφαλμένα, θα πρέπει να ελαχιστοποιείται ή να εξαλείφεται. Με αυτόν τον τρόπο, η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί, μειώνοντας παράλληλα το κόστος. Η επιβλαβής περίθαλψη, πέραν του ότι προκαλεί περιττό κίνδυνο και δυσφορία για τον ασθενή, είναι συχνά δαπανηρή και χρονοβόρα για να διορθωθεί (WHO, 2006). Αν και σύμφωνα με τους Brown et al (1998) θα ήταν παραπλανητικό να υπονοηθεί ότι οι βελτιώσεις ποιότητας δεν απαιτούν επιπλέον πόρους, ωστόσο οι αναλύσεις αποδοτικότητας, δίνουν τη δυνατότητα στους διαχειριστές των προγραμμάτων υγείας, να μπορούν να επιλέξουν την πιο αποδοτική παρέμβαση.

2.2.3. Αποτελεσματικότητα

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα των κανόνων παροχής υπηρεσιών και των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Κατά την αξιολόγηση της διάστασης της αποτελεσματικότητας, τα σημαντικότερα θέματα που αξιολογούνται είναι αν η διαδικασία ή η θεραπεία, όταν εφαρμόζεται σωστά, οδηγεί στα επιθυμητά αποτελέσματα ή αν η συνιστώμενη θεραπεία είναι η πιο τεχνολογικά κατάλληλη για τη ρύθμιση στην οποία παραδίδεται (WHO, 2006).

Η αποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντική διάσταση της ποιότητας σε κεντρικό επίπεδο, όπου καθορίζονται οι προδιαγραφές και τα πρότυπα παροχής φροντίδας. Τα ζητήματα αποτελεσματικότητας πρέπει επίσης να εξεταστούν σε τοπικό επίπεδο, όπου οι διαχειριστές αποφασίζουν πώς να εφαρμόζουν τους κανόνες και πώς να τους προσαρμόζουν στις τοπικές συνθήκες. Κατά την επιλογή των προτύπων, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι σχετικοί κίνδυνοι. Για παράδειγμα, η συχνότερη χρήση της καισαρικής τομής μπορεί να δικαιολογηθεί σε έναν πληθυσμό με πολλές εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, παρά τους σχετικούς κινδύνους. Για να προσδιοριστεί η

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

αποτελεσματικότητα αυτής της στρατηγικής θεραπείας, θα πρέπει να αξιολογείται ο κίνδυνος, έναντι των οφελών (WHO, 2006; Kringos et al, 2015).

2.2.4. Προσβασιμότητα

Η προσβασιμότητα, ως διάσταση της ποιότητας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σημαίνει ότι στη χρήση των υπηρεσιών αυτών, δεν θα πρέπει να υπάρχουν γεωγραφικά, οικονομικά, κοινωνικά, πολιτιστικά, οργανωτικά ή γλωσσικά εμπόδια. Η γεωγραφική πρόσβαση μπορεί να αξιολογηθεί με βάση τους τρόπους μεταφοράς, την απόσταση που διανύεται, τον χρόνο ταξιδιού και κάθε άλλο φυσικό εμπόδιο που θα μπορούσε να κρατήσει τον πελάτη μακριά από την παροχή φροντίδας. Η οικονομική πρόσβαση αναφέρεται στην οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς. Η κοινωνική ή πολιτισμική πρόσβαση αφορά την αποδοχή της υπηρεσίας στο πλαίσιο των πολιτιστικών αξιών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών του ασθενή. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού ενδέχεται να μην γίνονται αποδεκτές εάν προσφέρονται με τρόπο που δεν συνάδει με την τοπική κουλτούρα. Η οργανωτική πρόσβαση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες είναι κατάλληλα οργανωμένες για τους ασθενείς και περιλαμβάνει θέματα όπως τα ωράρια των ιατρών και οι εφημερίες, τα συστήματα διορισμών, ο χρόνος αναμονής και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η έλλειψη βραδινών ωραρίων μπορεί να μειώσει την οργανωτική πρόσβαση για όσους εργάζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τέλος η γλωσσική πρόσβαση σημαίνει ότι οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες στην τοπική γλώσσα ή μια διάλεκτο την οποία ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει (WHO, 2006; Neutens, 2015).

2.2.5. Ο ασθενής στο επίκεντρο

Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης έχει εξελιχθεί από την παραδοσιακή πατερναλιστική προσέγγιση «ότι ο γιατρός γνωρίζει καλύτερα» σε μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή. Σύμφωνα με την παραδοσιακή πατερναλιστική προσέγγιση, οι ιατροί δίνουν οδηγίες και προτείνουν θεραπείες με περιορισμένη εισροή από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Αντίθετα, σήμερα, οι ερευνητικές μελέτες

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

αναγνωρίζουν τη σημασία μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (Delaney, 2017).

Η υποστήριξη της συμμετοχής καθώς και η μεγαλύτερη έμφαση στην επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε κοινές συνεργασίες και διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Αντί ο ιατρός να βλέπει κάποιον ασθενή ως παθητικό συστατικό της ιατρικής διαδικασίας, η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, υιοθετεί μια συμβατική άποψη της υγειονομικής περίθαλψης, βάσει της οποίας ένας ασθενής θεωρείται ενεργός συμμετέχων που πρέπει να εμπλέκεται σε οποιαδήποτε διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορά τη θεραπεία του. Η μετατόπιση στην προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, βελτιώνει τη συμφωνία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και την τήρηση των σχεδίων θεραπείας από τους ασθενείς, οδηγεί σε βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Delaney, 2017).

2.2.6. Ισότητα

Η ισότητα σημαίνει ότι η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να παραδίδεται σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η γεωγραφική θέση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (WHO, 2006). Οι διαφορές στην κατάσταση της υγείας διαφόρων πληθυσμών που συνδέονται με κοινωνικά, οικονομικά και περιβαλλοντικά μειονεκτήματα είναι γνωστές εδώ και πολύ καιρό. Αυτό αντανακλάται σε ένα αυξανόμενο σύνολο ερευνών τα τελευταία 25 χρόνια, γεγονός που αποκαλύπτει ότι οι διαφορές στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας επηρεάζονται επίσης από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η ηλικία, η γεωγραφία, τον προσανατολισμό και άλλους παράγοντες (Clancy, 2014).

2.3. Βελτίωση ποιότητας στις μονάδες υγείας

Η βελτίωση της ποιότητας στις μονάδες υγείας, μπορεί να οριστεί ως οι συνδυασμένες και συνεχείς προσπάθειες όλων των επαγγελματιών του τομέα υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους, των ερευνητών, των πληρωτών, των

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

σχεδιαστών και των εκπαιδευτικών - να προβούν στις αλλαγές που θα οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς και καλύτερη επαγγελματική εξέλιξη. Αυτός ο ορισμός προκύπτει από την πεποίθησή ότι η υγειονομική περίθαλψη δεν θα αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητές της, εκτός εάν η αλλαγή γίνει ένα εγγενές μέρος της δουλειάς σε όλα τα μέρη του συστήματος. Με τον τρόπο αυτό, η βελτίωση συνεπάγεται μια ουσιαστική αλλαγή στην ιδέα για το έργο της υγειονομικής περίθαλψης, ένα δύσκολο έργο που μπορεί να ωφεληθεί από τη χρήση μιας ευρείας ποικιλίας εργαλείων και μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας (Batalden και Davidoff, 2007).

Ένα σαφώς καθορισμένο πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας αποτελείται από συστηματικές δραστηριότητες που οργανώνονται και υλοποιούνται από έναν οργανισμό για την παρακολούθηση, αξιολόγηση και βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Στόχος των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας είναι να επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Εγγενές στοιχείο στην επιτυχή εφαρμογή μιας πρωτοβουλίας βελτίωσης της ποιότητας είναι η εστίαση στον ασθενή. Όλο και περισσότερο, τα αποδεικτικά στοιχεία καταδεικνύουν το θετικό αντίκτυπο που έχει η δέσμευση των ασθενών στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και στη μείωση του κόστους της περίθαλψης. Το Εθνικό Φόρουμ Ποιότητας (NQF) ορίζει την φροντίδα που βασίζεται στον ασθενή και την οικογένεια ως μια προσέγγιση στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας σε διαφορετικούς χώρους και χρόνο που επικεντρώνεται στη συνεργασία μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους και των παρόχων φροντίδας. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, υποστηρίζει την υγεία και την ευημερία του ασθενούς, παράλληλα με τον σεβασμό και την ανταπόκριση στις προτεραιότητες, τους στόχους, τις ανάγκες και τις αξίες του, από την πλευρά των παρόχων υγείας (Batalden και Davidoff, 2007).

2.4. Συνεχής βελτίωση ποιότητας στις μονάδες υγείας

Σύμφωνα με τους McCalman et al (2018, σ. 2), η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι *«μια δομημένη οργανωτική διαδικασία για τη συμμετοχή των ανθρώπων στον προγραμματισμό και στην εκτέλεση συνεχούς ροής*

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

βελτίωσης για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης που ανταποκρίνεται ή υπερβαίνει τις προσδοκίες». Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας, ουσιαστικά συνάδει με την αρχή ότι υπάρχει ευκαιρία για βελτίωση σε κάθε διαδικασία, σε κάθε περίπτωση στο πλαίσιο της παρεχόμενης περίθαλψης. Στο εσωτερικό ενός οργανισμού απαιτείται δέσμευση, τόσο από την πλευρά της ηγεσίας, όσο και από αυτή των εργαζομένων για τη συνεχή βελτίωση των λειτουργιών, των διαδικασιών και των δραστηριοτήτων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών με αποτελεσματικό τρόπο. Για παράδειγμα η έρευνα δείχνει ότι η εκτελεστική ηγεσία επηρεάζει άμεσα το αντιληπτό κλίμα ασφάλειας στις μονάδες υγείας, όπου η ασφάλεια των ασθενών είναι μια σημαντική συνιστώσα της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Όταν οι εκτελεστικοί ηγέτες δείχνουν δέσμευση και παρέχουν τα απαραίτητα μέσα, κίνητρα και ανταμοιβές για την προώθηση και τη βελτίωση της ασφάλειας, βελτιώνονται οι αντιλήψεις των εργαζομένων, αλλά και των ασθενών για την ασφάλεια (McFadden et al, 2015).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας δίνει έμφαση στην άποψη της υγειονομικής περίθαλψης ως διαδικασία και επικεντρώνεται κυρίως στο σύστημα και όχι στο άτομο, όταν εξετάζονται οι ευκαιρίες βελτίωσης (Varkey et al, 2007). Πιο αναλυτικά, εκτός από τη δημιουργία μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας σε έναν οργανισμό, το κλειδί σε κάθε τέτοια πρωτοβουλία, είναι να χρησιμοποιείται μια δομημένη προσέγγιση σχεδιασμού για να αξιολογήσει τις τρέχουσες πρακτικές και να βελτιώσει τα συστήματα και τις διαδικασίες για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα και όραμα για την επιθυμητή μελλοντική κατάσταση. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως στα πλαίσια της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας περιλαμβάνουν στρατηγικές που επιτρέπουν στα μέλη της ομάδας να αξιολογήσουν και να βελτιώσουν την παράδοση και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η εφαρμογή της σημαίνει ότι η ομάδα υγείας πρέπει να καταλάβει τι λειτουργεί και τι δεν λειτουργεί στην τρέχουσα κατάσταση και πώς θα αλλάξει την παροχή φροντίδας και τους στόχους της βελτίωσης της ποιότητας. Κάθε σχέδιο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας προσδιορίζει το επιθυμητό κλινικό ή διοικητικό αποτέλεσμα και τις στρατηγικές αξιολόγησης που επιτρέπουν στην ομάδα να προσδιορίσει εάν έχει επιτύχει αυτό το αποτέλεσμα. Επίσης, η ομάδα παρεμβαίνει, όταν χρειάζεται, για να προσαρμόσει το σχέδιο με βάση τη συνεχή παρακολούθηση της προόδου μέσω ενός

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

προσαρμοστικού βρόχου ανατροφοδότησης σε πραγματικό χρόνο (McCalman et al, 2018).

Πιο αναλυτικά οι τεχνικές συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, περιλαμβάνουν τρία βασικά στοιχεία, τα οποία είναι (Bishop και Dougherty, 2005):

- 1) Διορθωτική δράση, όπου τα προβλήματα που προκύπτουν επιλύονται με τρόπο που αποτρέπει την επανάληψη τους. Αυτή είναι μια συνιστώσα ενός συστήματος βελτίωσης ποιότητας αφού οι οργανισμοί υγείας, μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τις επιδόσεις τους στην περίθαλψη των ασθενών, εάν οι διορθωτικές ενέργειες είναι αποτελεσματικές.
- 2) Προληπτική δράση, όπου εντοπίζονται πιθανά προβλήματα και επιλύονται πριν εμφανιστούν. Αυτό απαιτεί την επίσημη τεκμηρίωση των βασικών διαδικασιών ώστε να κατανοηθούν πραγματικά και να εντοπιστούν στοιχεία κινδύνου.
- 3) Η συνεχής βελτίωση είναι το τελικό βήμα. Μετά την επίλυση των προβλημάτων και τον εντοπισμό και μετριασμό των περιοχών υψηλού κινδύνου, ο πάροχος επικεντρώνεται στην πραγματική συνεχή βελτίωση, αναζητώντας υψηλότερες επιδόσεις.

Διάφορα μοντέλα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο του τομέα της υγείας, τα οποία στην ουσία έχουν εισαχθεί από τον βιομηχανικό τομέα, περιλαμβάνουν την στρατηγική PDSA (Plan-Do-Study-Act-PDSA), τη μεθοδολογία 6σ (έξι-σίγμα) και την λιτή διαχείριση (leanmanagement). Η επιλογή της μεθοδολογίας εξαρτάται από τη φύση του έργου βελτίωσης. Οι περισσότερες μεθοδολογίες συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας συνήθως περιλαμβάνουν επαναληπτικές δοκιμές ιδεών και επανασχεδιασμό διαδικασίας ή τεχνολογίας με βάση τα διδάγματα που αντλούνται (Varkey et al, 2007).

Η εφαρμογή των τεχνικών αυτών βελτίωσης της ποιότητας, καθώς και πολλών άλλων, στην υγειονομική περίθαλψη έχει συνδεθεί με πολλά θετικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας, πέρα από την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (McCalman et al, 2018). Οι έρευνες αναφέρουν μειωμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μειωμένες επισκέψεις

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

σε υπηρεσίες υγείας έκτακτης ανάγκης σε ηλικιωμένους ασθενείς (Tricco et al, 2015). Επιπλέον, οι μελέτες καταδεικνύουν αυξημένες δυνατότητες, ικανότητες και ενθουσιασμό του εργατικού δυναμικού για την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Hardie-Boys et al, 2013). Βελτιωμένη οργανωτική αποτελεσματικότητα προκύπτει επίσης από τη διαθεσιμότητα καλών ποιοτικών, έγκαιρων τοπικών δεδομένων, όπως η αυτοσυντηρούμενη ικανότητα αναγνώρισης, ανάλυσης και βελτίωσης των ζητημάτων ποιότητας ελέγχοντας και διαθέτοντας αποτελεσματικότερα τους διαθέσιμους πόρους (Potter και Brough, 2004).

2.5. Προσεγγίσεις βελτίωσης και συνεχούς ποιότητας στις μονάδες υγείας

Υπάρχουν πολλά μοντέλα και προσεγγίσεις της βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Ένα από τα πιο ευρέως αναφερόμενα είναι το μοντέλο PDSA. Το μοντέλο PDSA, αποτελεί ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη, τη δοκιμή και την εφαρμογή αλλαγών που οδηγούν σε βελτίωση, μέσα από την εφαρμογήμιας συστηματικής σειράς βημάτων για την απόκτηση πολύτιμης μάθησης και γνώσης για τη συνεχή βελτίωση ενός προϊόντος, υπηρεσίας ή διεργασίας. Πρόκειται στην ουσία για μια κυκλική διαδικασία, η οποία εφαρμόζεται σε διαδικασίες για την εφαρμογή αλλαγών. Τα τέσσερα στάδια του κύκλου PDSA είναι: 1) Προγραμματισμός (Plan), όπου στο στάδιο αυτό προγραμματίζεται η αλλαγή που πρόκειται να δοκιμαστεί ή να εφαρμοστεί, 2) Δράση (Do), όπου στο στάδιο αυτό γίνεται ανάληψη των δραστηριοτήτων που έχουν καθοριστεί κατά τον προγραμματισμό, 3) Μελέτη (Study), όπου στο στάδιο αυτό με βάση τα μετρήσιμα αποτελέσματα που συμφωνήθηκαν πριν ξεκινήσει το σχέδιο, συλλέγονται δεδομένα πριν και μετά την αλλαγή, για την αντανάκλαση της επίδρασης της αλλαγής και 4) Δράση (Act), όπου είναι το τελικό στάδιο, στο οποίο σχεδιάζεται ο επόμενος κύκλος αλλαγής ή η πλήρης εφαρμογή της αλλαγής (Taylor et al, 2013).

Μέσω μικρών, γρήγορων κύκλων αλλαγής και βελτίωσης, η ομάδα κερδίζει την ικανότητα να αξιολογεί τις επιδράσεις των τακτικών βελτίωσης σε τακτά χρονικά διαστήματα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μια ομάδα μπορεί να υποβληθεί σε πολλαπλούς κύκλους μέσω του κύκλου PDSA για την βελτίωση της ποιότητας σε μια συγκεκριμένη διαδικασία. Η κυκλική φύση του μοντέλου PDSA, επιτρέπει στην

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ομάδα, περισσότερο από μία φορά, να ελέγξει αν η αλλαγή είχε αντίκτυπο και να βελτιώσει τη διαδικασία όπως απαιτείται (Taylor et al, 2013).

Στη συνέχεια η τεχνική 6σ είναι ένα σύνολο στατιστικών εργαλείων που εφαρμόζεται στο πλαίσιο της διαχείρισης της ποιότητας για την κατασκευή ενός πλαισίου για τη βελτίωση των επιχειρηματικών διαδικασιών. Σκοπός της 6σ είναι να μειωθεί η διακύμανση-μεταβλητότητα στις διαδικασίες, έτσι ώστε να παρέχονται στους πελάτες-καταναλωτές της επιχείρησης, τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες που είναι πιο αξιόπιστα και με λιγότερα λάθη (Evans & Lindsey, 2015). Στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης, τα εργαλεία και οι τεχνικές 6σ, έχουν εφαρμοστεί σε διαδικασίες, όπως είναι η αύξηση της χωρητικότητας στα δωμάτια, η μείωση εισαγωγής περιστατικών έκτακτης ανάγκης, η μείωση του χρόνου προετοιμασίας ιατρικών εκθέσεων σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, η μείωση του χρόνου διάγνωσης, η μείωση του αριθμού των ιατρικών σφαλμάτων και κατά συνέπεια η ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, η μείωση των θανάτων των ασθενών, η μείωση των σφαλμάτων από τα φάρμακα υψηλού κινδύνου, η μείωση των παραγγελιών φαρμακευτικής αγωγής και τα διοικητικά λάθη (Taner & Sezen, 2007).

Το μοντέλο PDSA μπορεί πολλές φορές να εφαρμοστεί συνδυαστικά με τεχνικές 6σ και τεχνικές λιτής διαχείρισης. Και τα δύο αυτά μοντέλα τοποθετούν το PDSA σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για να προσανατολίσουν τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας και να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τους πόρους. Οι οργανισμοί που εφαρμόζουν διαδικασίες λιτής διαχείρισης, εξετάζουν τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο του ασθενούς, καθώς και αν οι συγκεκριμένες διαδικασίες φροντίδας παρέχουν αξία. Εάν οι διαδικασίες δεν προσφέρουν αξία στον ασθενή, ο οργανισμός θα στοχεύσει στη βελτίωση τους. Επιπρόσθετα, όλα τα μέλη της ομάδας αναμένεται να βοηθήσουν στον εντοπισμό κακής ποιότητας και λειτουργικών και αποβλήτων πόρων (τα οποία είναι βασικά συστατικά της λιτής διαχείρισης). Οι οργανισμοί που προωθούν τη βελτίωση της ποιότητας χρησιμοποιώντας το μοντέλο 6σ, τροποποιούν το PDSA χρησιμοποιώντας το ακρωνύμιο DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve and Control). Το τελευταίο βήμα, ο έλεγχος, τονίζει την εστίαση της 6σ στη διατήρηση υψηλών επιπέδων ποιοτικής φροντίδας και χαμηλών επιπέδων κλινικής πρακτικής μεταβλητότητας και ελαττωμάτων και ενθαρρύνει τους χρήστες να εφαρμόσουν ένα σχέδιο για τη συνεχή

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

μέτρηση και αξιολόγηση της επιτυχίας της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας. Στο πλαίσιο του 6σ, η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας περιστρέφεται γύρω από τον εντοπισμό των πηγών μεταβλητότητας, συμπεριλαμβανομένων ελαττωμάτων στις διαδικασίες κλινικής πρακτικής και προσπαθεί να μειώσει αυτή την μεταβλητότητα (Boaden et al, 2008).

Μια ακόμα προσέγγιση στην βελτίωση της ποιότητας στις μονάδες υγείας αποτελεί και ο Στατιστικός Έλεγχος Διαδικασιών (Statistical Process Control). Πρόκειται για μια προσέγγιση, που χρησιμοποιεί γραφήματα ελέγχου (συνήθως σε ζεύγη που καταγράφουν την εξέλιξη τόσο των επιπέδων όσο και των διακυμάνσεων με την πάροδο του χρόνου) για να εντοπίσουν τις δυνατότητες βελτίωσης μιας διαδικασίας (εξαλείφοντας τις ειδικές αιτίες και μειώνοντας τις συνήθεις παραλλαγές αιτίων) και για την παρακολούθηση των διαδικασιών σε πραγματικό χρόνο. Η μέθοδος αυτή ανιχνεύει την επιδείνωση της απόδοσης, με κύριο στόχο την ταυτοποίηση των τάσεων και την αποτροπή σημαντικών αποκλίσεων, λόγω της «απουσία ελέγχου». Η μέθοδος αυτή έχει χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας διαδικασιών σε εργαστηριακά αποτελέσματα, στη μείωση των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή και για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των παρεμβάσεων θεραπείας. Τα θετικά αποτελέσματα που έχουν καταγραφεί από την εφαρμογή της περιλαμβάνουν την βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ κλινικών, διευθυντών και ασθενών και τη βελτίωση της λήψης αποφάσεων κατά τον καθορισμό θεραπευτικών σχημάτων και χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (Benneyan et al, 2003).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), αποτελεί επίσης μια ευρύτερη φιλοσοφία στον τομέα της βελτίωσης της ποιότητας. Η ΔΟΠ περιγράφει τη στάση, τον πολιτισμό και την οργάνωση οποιουδήποτε οργανισμού. που επιχειρεί να προσφέρει στους πελάτες υπηρεσίες και προϊόντα που εξυπηρετούν τις ανάγκες τους. Αυτή η κουλτούρα απαιτεί μια ορισμένη ποιότητα σε όλες τις επιχειρηματικές λειτουργίες. Οι διαδικασίες γίνονται σωστά από την πρώτη φορά σε συνδυασμό με διαδικασίες εξάλειψης των ελαττωμάτων ή σφαλμάτων από τις λειτουργίες. Η ΔΟΠ αποτελεί μια στρατηγική για την ενίσχυση της ευελιξίας, της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανταγωνιστικότητας μιας επιχείρησης για να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις των πελατών ως πηγή βιώσιμου ανταγωνιστικού

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

πλεονεκτήματος για τις επιχειρηματικές οργανώσεις ως τρόπος επίτευξης αριστείας (Nwabueze, 2011; Talib et al, 2015).

Τέλος τα συστήματα διαπίστευσης ποιότητας είναι ευρέως διαδεδομένα στις μονάδες υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στα πρότυπα ISO9000 του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (ISO). Τα τελευταία τριάντα χρόνια, υπάρχει αύξηση του ενδιαφέροντος για τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, που βασίζονται κυρίως στα πρότυπα όπως το ISO 9001: 2008. Αυτό το πρότυπο είναι αποδεκτό και αναγνωρίζεται σε ολόκληρο τον κόσμο. Το ISO 9000: 2008 είναι μια συλλογή κοινών αρχών ποιότητας σχετικά με την προσέγγιση της διαχείρισης των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να διευρυνθεί η ικανοποίηση των ασθενών και να τους παρασχεθούν καλές υγειονομικές απαιτήσεις. Η εφαρμογή μέτρων που μπορούν να βοηθήσουν την αυξημένη διαχείριση ποιότητας σύμφωνα με το προαναφερθέν πρότυπο απαιτεί την εκπλήρωση μιας σειράς απαιτήσεων και το πιστοποιητικό ISO είναι διεθνούς κύρους (Sharma και Gupta, 2015).

Κεφάλαιο 3^ο: Διαχείριση γνώσης και βελτίωση ποιότητας στις μονάδες υγείας – Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

3.1. Η διαχείρισης της γνώσης στις μονάδες υγείας

3.1.1. Η γνώση στις μονάδες υγείας

Η γνώση αποτελεί σημαντικό μέρος των καθημερινών δραστηριοτήτων των οργανισμών υγείας, είτε για τους επαγγελματίες του τομέα, είτε για τους διαχειριστές. Για τη διαχείριση, περιλαμβάνει τη χρηματοοικονομική διαχείριση, τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, τη δυναμική και τη διοίκηση του οργανισμού, τον στρατηγικό σχεδιασμό, τη διαχείριση πληροφοριών, τη διαχείριση κινδύνου και τη διαχείριση της ποιότητας (Garman et al, 2006). Για τους ασκούμενους είναι η κύρια πηγή, για την ορθή πρακτική. Ωστόσο, οι γνώσεις των επαγγελματιών δεν είναι σταθερές αλλά εξελίσσονται. Επομένως, η διαχείρισης της γνώσης καθίσταται ζωτικής σημασίας για την εξασφάλιση της πρακτικής που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία για τους επαγγελματίες και για τη διασφάλιση της οργανωτικής μάθησης για τους διαχειριστές. Για τη χρήση των πρακτικών διαχείρισης γνώσης στους οργανισμούς υγείας, είναι σημαντικό να αποκαλύπτονται (1) η δημιουργία και η μεταφορά γνώσεων, (2) οι ανάγκες γνώσης, (3) οι επαγγελματικοί ρόλοι στον τομέα της υγείας, (4) η συμπεριφορά αναζήτησης πληροφοριών, (5) η οργάνωση της γνώσης και (6) για να γίνει χρήση της γνώσης, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ο τρόπος δημιουργίας της γνώσης και να μεταφερθεί. Επίσης ένας απώτερος στόχος της διαχείρισης της γνώσης, είναι να μετατρέψει μια οργάνωση υγείας σε έναν εκπαιδευτικό οργανισμό ικανό να δημιουργήσει νέες γνώσεις, να δημιουργήσει συστήματα γνώσης και να στηρίξει τις οργανωτικές ενέργειες στη γνώση.

3.1.2. Η σημασία της διαχείρισης της γνώση στις μονάδες υγείας

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Στις εταιρείες παροχής υπηρεσιών, η γνώση είναι ένα κεντρικό άυλο περιουσιακό στοιχείο. Μεταξύ αυτών ο τομέας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση και την ιατρική που βασίζεται σε καλά τεκμηριωμένα επιστημονικά στοιχεία. Επιπλέον, η παράδοση της υγειονομικής φροντίδας, βασίζεται στη συνεργασία πολλών εταίρων που πρέπει να ανταλλάξουν τις γνώσεις τους για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις κλινικές εγκαταστάσεις, αλλά και στον τομέα της δημόσιας υγείας, όπου η λήψη των αποφάσεων βασίζεται κυρίως σε δεδομένα και αποδεικτικά στοιχεία που παράγονται από τη γνώση. Στην υγειονομική περίθαλψη, η διαχείριση της γνώσης αναπτύσσεται κυρίως στον τομέα της ηλεκτρονικής διαχείρισης των ιατρικών καταστάσεων και της διαχείρισης της οργάνωσης της υγείας. Ωστόσο η εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης στον τομέα της υγείας είναι μια διαδικασία γεμάτη προκλήσεις, λόγω της φύσης της γνώσης στον τομέα αυτό, αλλά και λόγω της πολυπλοκότητας στον ίδιο τον τομέα.

Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα από τα πιο σύνθετα συστήματα που απαντώνται στην κοινωνία. Περιλαμβάνει πολλούς εταίρους που εργάζονται σε διάφορους τομείς που πρέπει να συνεργαστούν για να προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας, όπως οικογενειακούς γιατρούς, ειδικούς, νοσηλευτές, τεχνικούς εργαστηρίων, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, συμβούλους κλπ. Περιλαμβάνει επίσης τρίτα μέρη, όπως διευθυντές νοσοκομείων και κλινικών, δημόσιους φορείς υγείας (π.χ. Υπουργείο Υγείας), φαρμακευτικές εταιρείες, ασφαλιστικές εταιρείες υγειονομικής περίθαλψης, ομάδες ακτιβιστών, εκπαιδευτικούς οργανισμούς, ερευνητικές κοινότητες κλπ. Οι εταίροι στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι διασκορπισμένοι γύρω από πολλές γεωγραφικές περιοχές ενώ ενεργούν στον ίδιο ασθενή. Είναι σαφές ότι η ποσότητα γνώσεων που δημιουργούν όλοι οι εταίροι της υγειονομικής περίθαλψης είναι τεράστια και ότι κάθε γνώση που δημιουργείται από έναν εταίρο είναι υψίστης σημασίας για όλους τους άλλους προκειμένου να παρασχεθεί ποιοτική φροντίδα. Η χρήση τεχνικών διαχείρισης γνώσης για την καταχώριση και την επικοινωνία και την αύξηση της γνώσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι αναγκαστικά σημαντική. Παρόλα αυτά, η πολυπλοκότητα του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για την υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης γνώσης στην υγειονομική

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

περίθαλψη, παρόλο που ο αντίκτυπος αυτής της υιοθέτησης αυτής αναμένεται να είναι τεράστιος (Dwivedi et al, 2007).

Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης κλιμακώνεται επίσης. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ωθεί τις κυβερνήσεις να βρουν αποτελεσματικότερους και λιγότερο δαπανηρούς τρόπους για να παρέχουν φροντίδα. Ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ραγδαία αύξηση των χρόνιων ασθενειών, καθώς και η γήρανση του πληθυσμού. Η χρήση της πληροφορικής για τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται πίσω από πολλά προγράμματα πληροφορικής στον τομέα της υγείας, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος, η ηλεκτρονική φροντίδα, η τηλεϊατρική, η τηλε-ακτινολογία, η ηλεκτρονική δημόσια υγεία η φροντίδα, κλπ. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει υπάρξει συντονισμένη προσπάθεια αποθήκευσης και επικοινωνίας των γνώσεων που δημιουργούνται από όλα αυτά τα διαφορετικά προγράμματα στην ηλεκτρονική υγεία, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε στρατηγικές μείωσης του κόστους (π.χ. αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διαχείριση χρόνιων ασθενειών).

Επιπλέον η έρευνα για την ανάπτυξη της γνώσης, έχει δείξει ότι οι κλινικές επιδόσεις επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ως εκ τούτου, είναι προτιμώμενο οι αποφάσεις να στηρίζονται σε στερεά και επιστημονικά αποδεδειγμένα ερευνητικά ευρήματα, αντί να βασίζονται αποκλειστικά στην ανάκληση και στην προσωπική εμπειρία ή στην εμπειρία άλλων συναδέλφων. Η πρακτική της ιατρικής βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία έχει ως στόχο την ενσωμάτωση της κλινικής εμπειρογνωμοσύνης και των καλύτερων στοιχείων που βρίσκονται στην επιστημονική στην έρευνα. Ως εκ τούτου, οι ιατρικές γνώσεις θα πρέπει να διατίθενται στους επαγγελματίες. Ωστόσο, εάν η διαθεσιμότητα της γνώσης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την πρακτική που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία, δεν είναι επαρκής. Πράγματι η γνώση «εκρήγνυται» και ως εκ τούτου υπάρχει ανάγκη για ένα εργαλείο που θα επιτρέπει στους επαγγελματίες να λάβουν τις σωστές πληροφορίες, την κατάλληλη στιγμή. Οι Davenport και Glaser (2002) υποστήριξαν ότι ένας γιατρός πρέπει να γνωρίζει περίπου 10.000 διαφορετικές ασθένειες και σύνδρομα, 3000 φάρμακα, 1100 εργαστηριακές εξετάσεις και πολλά από τα 400.000 άρθρα που προστίθενται κάθε χρόνο στη βιοϊατρική βιβλιογραφία. Ως εκ τούτου το

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ιατρικό προσωπικό έχει βρεθεί αντιμέτωπο με μια υπερφόρτωση πληροφοριών. Πράγματι λοιπόν υπάρχει ανάγκη να παραδοθούν οι σωστές πληροφορίες, στο σωστό χρόνο, στο σωστό πρόσωπο και στη σωστή μορφή. Στο πλαίσιο αυτό, η διαχείριση της γνώσης μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην οργάνωση της γνώσης και να λειτουργήσει ως ένας δίαυλος πρόσβασης σε αυτή.

Η διαχείριση της γνώσης μπορεί επίσης να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην μείωση της αναποτελεσματικότητας της παράδοσης των υπηρεσιών υγείας και της βελτίωσης της οργάνωσης στον τομέα. Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα σύστημα με αλληλένδετα συστατικά στοιχεία, όρια, σκοπό, περιβάλλον, διασυνδέσεις, εισροές, εκροές και περιορισμούς. Οι παράγοντες που συνεισφέρουν σε αναποτελεσματικότητα, αποτελούν σημεία συμφόρησης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που καθυστερούν την παροχή της φροντίδας υγείας στους ασθενείς και αυξάνουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής έχουν ήδη χαρακτηριστεί ως μία από τις ανεπάρκειες ορισμένων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, η διαχείριση της γνώσης μπορεί να διαδραματίσει ζωτικό ρόλο μέσα από την διάρθρωση των οργανωτικών διαδικασιών και την ανταλλαγή γνώσεων από επιτυχημένες εμπειρίες.

Οι Shahmoradi et al (2017) τονίζουν επίσης ότι πολλοί από τους λόγους που έχουν οδηγήσει στην υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη συμπίπτουν με αυτούς που υπάρχουν και στον επιχειρηματικό κόσμο, όπως η πρόληψη της ενδεχόμενης απώλειας γνώσεων λόγω απόσυρσης του προσωπικού από τις επιχειρήσεις, η αποκόμιση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, η συνεχής μάθηση, η πρόληψη της διάδοσης γνώσεων ή / και της απομόνωσης της οργάνωσης ή του τμήματος ή των ατόμων και την ανάγκη κάλυψης των αναγκών των χρηστών.

3.1.3. Τα συστήματα και οι πρακτικές διαχείρισης γνώσης στις μονάδες υγείας

Σύμφωνα με τους McCormack et al (2013) και Shahmoradi et al (2017), οι ζωτικές πτυχές της εφαρμογής της διαχείρισης της γνώσης περιλαμβάνουν τη χρήση, τη μεταφορά και τη μετάφραση της γνώσης. Η χρήση της γνώσης είναι η διαδικασία της μετατροπής γνώσεων, όπως οι κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε τεκμήρια

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

στις ιατρικές πρακτικές, ενώ η μετάφραση της γνώσης μεταφέρει την επιστημονική γνώση από τη βασική ανακάλυψη στις δοκιμές για τεχνική απόδοση και στη συνέχεια στην αποδοχή για υιοθεσία στις πρακτικές. Η τρίτη σημαντική πτυχή της διαχείρισης της γνώσης, η μεταφορά γνώσης, είναι η διάδοση της γνώσης που κατευθύνεται και διαχειρίζεται με τη χρήση διαφόρων στρατηγικών (Green et al, 2009).

Η μεταφορά της γνώσης έχει τρία βασικά συστατικά, τα οποία είναι οι άνθρωποι, οι διαδικασίες και η τεχνολογία. Ωστόσο, η σωστή ισορροπία αυτών των τριών συνιστωσών πρέπει να διατηρηθεί για την επιτυχή εφαρμογή των πρακτικών και συστημάτων διαχείρισης της γνώσης (Arntzen-Bechina και Leguy, 2007). Πρέπει να σημειωθεί ότι από αυτές τις τρεις συνιστώσες, ο πιο σημαντικός πυλώνας για τη διαδικασία ανταλλαγής γνώσεων είναι οι άνθρωποι. Οι διαδικασίες προσφέρουν υποστήριξη για την εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης γενικά και το στοιχείο της τεχνολογίας παρέχει μια πύλη γνώσης που συνδέει τα άτομα με διαφορετικά μέσα, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και οι χώροι αποθήκευσης γνώσης. Επομένως, η υιοθέτηση μιας καλής στρατηγικής είναι αναμφισβήτητη για την εφαρμογή της διαχείρισης γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη (Boateng, 2010).

Τα συστήματα ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ των οργανισμών μπορεί να χρησιμεύσουν ως στρατηγικά συστήματα για κλάδους έντασης γνώσης, όπως η υγειονομική περίθαλψη. Τα οφέλη της ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ των οργανισμών υγείας, έχουν μελετηθεί ευρέως και έχειδειχθεί ότι είναι τόσο ατομικά, όσο και οργανωτικά. Τα οφέλη της διαδικασίας ανταλλαγής γνώσεων σχετίζονται με τη βελτιωμένη συνεργασία του προσωπικού, την ταχύτερη ροή πληροφοριών, τη διαθεσιμότητα / πρόσβαση στις πληροφορίες, την ποιότητα της πληροφόρησης, τη δημιουργία νέων γνώσεων και την κοινωνική δικτύωση. Τα οφέλη για τους πελάτες περιλαμβάνουν ταχύτερες υπηρεσίες, λιγότερα σφάλματα και καλύτερη ποιότητα, ενώ τα οργανωτικά οφέλη περιλαμβάνουν την εξοικονόμηση του χρόνου οργάνωσης, τη βελτιωμένη μάθηση στον οργανισμό, τη μείωση της διπλής εργασίας και την εξοικονόμηση χρόνου του προσωπικού. Επιπλέον, υπάρχουν οφέλη ανά τομέα, όπως η βελτίωση της τυποποίησης (Siemsen et al, 2008; Al-Busaidi, 2014; Butler et al, 2014).

Πολλά εργαλεία διαχείρισης γνώσης που χρησιμοποιούνται στην υγειονομική περίθαλψη βασίζονται στην τεχνολογία. Τα εργαλεία αυτά είναι γνωστό ότι

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

υποστηρίζουν τη δημιουργία, την αποθήκευση, την ανάκτηση, τη μεταφορά και την εφαρμογή των γνώσεων και περιλαμβάνουν εργαλεία διαχείρισης δεδομένων και μάθησης, αποθήκες δεδομένων, βάσεις δεδομένων, υπηρεσίες ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, κλπ. (Butler και Murphy, 2007). Αυτές οι τεχνολογίες διαχείρισης γνώσης αποτελούν σημαντικές συνιστώσες των συστημάτων διαχείρισης της γνώσης και είναι κεντρικού ενδιαφέροντος στην υγειονομική περίθαλψη. Θεωρούνται ως μια από τις στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, τη διαχείριση των ασθενών, την ανάληψη ερευνητικών προσπαθειών και τον εντοπισμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Katzan et al, 2011).

Σε μια μελέτη, αναφέρθηκε ότι το Αφρικανικό Ίδρυμα Ιατρικής και Έρευνας (AMREF), ένα κορυφαίο κέντρο γνώσεων στην υγειονομική περίθαλψη στην Αφρική, έχει αναπτύξει μια στρατηγική διαχείρισης γνώσης που επικεντρώνεται στη δημιουργία, καταγραφή και εφαρμογή γνώσεων για την υγεία. Η τεράστια γνώση που παράγεται από αυτό το ίδρυμα είναι προσβάσιμη ηλεκτρονικά και οι ενδιαφερόμενοι λαμβάνουν τις σωστές πληροφορίες την κατάλληλη στιγμή. Οι πλατφόρμες περιλαμβάνουν την ιστοσελίδα και το intranet του AMREF, της ψηφιακής βιβλιοθήκης, της ηλεκτρονικής πλατφόρμας γνώσης ART και του e-bulletin της βιβλιοθήκης AMREF (Shoo et al, 2012).

Μια άλλη ρύθμιση όπου τα δεδομένα και οι γνώσεις ιατρικού ενδιαφέροντος μπορούν να αποθηκευτούν, να υποστούν επεξεργασία και να διατεθούν για τα ενδιαφερόμενα μέρη εντός του κατανεμημένου συστήματος είναι γνωστή ως μονάδα νοσοκομειακής νοσηλείας (Hospital-in-the Home Unit - HHU). Υπάρχει μια παρόμοια ρύθμιση που ονομάζεται αποκατάσταση της υγείας στο σπίτι μέσω εικονικού δικτύου (Scarlat et al, 2007). Αυτές οι ρυθμίσεις επιτρέπουν στους ασθενείς που είναι διασκορπισμένοι γεωγραφικά να αποκτήσουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται μέσω της εικονικής πλατφόρμας που προσφέρει επικοινωνία και κοινή γνώση με τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Η ποικιλομορφία και η ένταση της ροής γνώσης μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών, η οποία είναι γνωστή και ως οικοσύστημα γνώσεων, είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό στο εικονικό δίκτυο υγείας και βοηθά τις κοινότητες να εξελίσσονται ταχύτερα, αλλά ολόκληρη η τεχνολογία που υποστηρίζει το δίκτυο πρέπει να είναι φιλική προς το χρήστη και πρέπει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

προκειμένου να τονωθεί ο διάλογος μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών για τα οικοσυστήματα. Επιπλέον, ένα τέτοιο δίκτυο βοηθά τα άτομα με αναπηρία να επιτύχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, καθώς και να ελαχιστοποιήσουν το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Cegarra-Navarro et al, 2014).

Οι υπηρεσίες και τα συστήματα που βασίζονται στις Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ), όπως η έξυπνη κατοικία, η οποία είναι μια συνεχής δραστηριότητα σε πραγματικό χρόνο υποστηριζόμενη από την τεχνολογία των ΤΠΕ, είναι νέα στην υγειονομική περίθαλψη (Chen et al, 2012). Για να προωθηθούν οι τεχνολογίες δικτύωσης ή εικονικής ρύθμισης, όπως η τεχνολογία τηλεϊατρικής, η ΗΗU πρέπει να παρέχει και να υποστηρίζει διερευνητικές δραστηριότητες και η εκμετάλλευση της γνώσης παίζει σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση αυτών των τεχνολογιών. Η μελέτη αυτή αποκάλυψε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της τεχνολογίας της τηλεϊατρικής και της ηλεκτρονικής γνώσης των ασθενών (Cegarra-Navarro et al, 2014).

Εκτός από τις μονάδες υγείας, υπάρχουν εργαλεία διαχείρισης της γνώσης και στον τομέα της δημόσιας υγείας, τα οποία είναι οι συστηματικές αναθεωρήσεις και μετα-αναλύσεις και μπορούν να αποτελέσουν ισχυρά εργαλεία για την ενημέρωση και την επιρροή των αποφάσεων πολιτικής και πρακτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ένα παράδειγμα αποτελεί ο δικτυακός τόπος που αναπτύχθηκε για ιατρικές πρακτικές βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία, ώστε να υπάρχει μια εύκολα προσβάσιμη πηγή δημοσιευμένης, αξιόπιστης και ενημερωμένης επισκόπησης στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας (Dobbins et al, 2010).

3.2. Η σύνδεση της διαχείρισης γνώσης και της βελτίωσης της ποιότητας

Η σχέση μεταξύ της διαχείρισης της γνώσης και της ποιότητας έχει διερευνηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία, τόσο σε οργανισμούς υγείας, όσο και γενικότερα. Τα πλαίσια στα οποία αναπτύσσονται οι πρωτοβουλίες της βελτίωσης της ποιότητας, αλλά και οι ειδικότερες πρακτικές και τα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας, φαίνεται ότι έχουν άμεση σύνδεση με την διαχείριση της γνώσης και η σχέση αυτή έχει ροή και προς τις δύο κατευθύνσεις.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, για παράδειγμα η ΔΟΠ ήταν μία από τις σημαντικότερες στρατηγικές που υιοθετήθηκαν από οργανισμούς παντός μεγέθους και σε όλους τους τομείς. Οι οργανισμοί μπορούν να διαχειριστούν την ολική ποιότητα μέσω πρακτικών σχετικών με την ηγεσία, τον στρατηγικό σχεδιασμό, την εστίαση στους καταναλωτές, την ανάλυση των πληροφοριών, τη διαχείριση των ατόμων και τη διαχείριση της διαδικασίας. Παράλληλα με τη συζήτηση σχετικά με τον ρόλο και τον αντίκτυπο της ΔΟΠ, η διαχείριση της γνώσης απέκτησε επίσης μεγάλη σημασία. Ακριβώς όπως και η ΔΟΠ, η διαχείριση της γνώσης αναπτύσσεται σε οργανισμούς μέσω της εφαρμογής συγκεκριμένων πρακτικών, όπως οι διαδικασίες, η ηγεσία, η κουλτούρα και η τεχνολογία (Loke et al., 2012). Σύμφωνα με τους Molina et al (2004), οι οργανώσεις πρέπει να διαχειρίζονται σωστά τη γνώση προκειμένου να βελτιώσουν τις οργανωτικές επιδόσεις τους, καθώς και να αυξήσουν την πιθανότητα μακροπρόθεσμης επιβίωσης. Η ΔΟΠ και η διαχείριση της γνώσης, προσεγγίζονται συχνά στη βιβλιογραφία, αλλά γενικά μελετώνται ξεχωριστά. Ωστόσο, πιο πρόσφατα ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει αρχίσει να συζητά για τα αποτελέσματα της συσχέτισης τους (Chong et al, 2010, Loke et al., 2012; Marchiori και Mendes, 2018).

Στο πλαίσιο αυτό, οι Nonaka και Takeuchi (1995) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, όταν συνδέονται με διαδικασίες διαχείρισης γνώσης, οι πρακτικές ΔΟΠ αποτελούν σημαντικές πηγές ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Για τον Ooi (2014), οι έννοιες της διαχείρισης της γνώσης και της ΔΟΠ, σχετίζονται σε διάφορες πτυχές και η σύνδεσή τους είναι απαραίτητη για οργανισμούς που λειτουργούν σε ανταγωνιστικό περιβάλλον. Οι Loke et al (2012) διαπίστωσε ότι οι πρακτικές ΔΟΠ έχουν θετική επίδραση στην διαχείριση της γνώσης σε οργανισμούς.

Οι Marchiori και Mendes, (2018), μελετώντας ένα σύνολο 90 άρθρων που διερευνούσαν την σχέση μεταξύ της ποιότητας και της διαχείρισης της γνώσης, αναφέρουν ότι όσο και περισσότερο, για να αντιμετωπίσουν ένα ιδιαίτερα δυναμικό περιβάλλον, οι οργανώσεις πρέπει να αφομοιώσουν και να αναλάβουν την ιδέα ότι η διαχείριση της γνώσης είναι βασικό ζήτημα για την ανάπτυξη μιας ποιοτικής κουλτούρας. Σύμφωνα με τα γνωστά πρότυπα ποιότητας (π.χ. πρότυπα ISO 9001, μοντέλα αριστείας) υπογραμμίζεται προοδευτικά η σημασία της διαχείρισης της γνώσης για συστήματα διαχείρισης ποιότητας. Οι διαδικασίες διαχείρισης της γνώσης μπορεί να συνυπάρχουν με ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας βασισμένο στην

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ΔΟΠ, επειδή υπάρχουν πολλά κοινά σημεία μεταξύ των δύο προσεγγίσεων (π.χ. πηγές ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, κοινή στάση όσον αφορά τη βελτίωση της οργανωτικής εργασίας, οργανωτικές αλλαγές που απαιτούνται), ενώ επίσης και οι δύο μοιράζονται βασικούς παράγοντες για την επιτυχία της εφαρμογής των δύο προσεγγίσεων διαχείρισης (π.χ. εστίαση στους πελάτες, συμπεριφορές και στάσεις που σχετίζονται με την εργασία, υποστήριξη / δέσμευση διαχείρισης). Ωστόσο, παρά τη γενική άποψη ότι η διαχείριση της γνώσης και η ΔΟΠ είναι συμβατές και ότι ένας τέτοιος συνδυασμός μπορεί να επιφέρει ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα, δεν υπάρχει ακόμη συναίνεση ως προς τη φύση της σχέσης μεταξύ των δύο προσεγγίσεων. Πράγματι, ενώ η μια ερευνητική προοπτική επικεντρώνεται στις αμοιβαίες σχέσεις και σε έναν συμπληρωματικό χαρακτήρα της ΔΟΠ με την διαχείριση της γνώσης, άλλες προσεγγίσεις θεωρούν τη διαχείριση της γνώσης ως βασικό παράγοντα για προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας που βασίζονται στην ΔΟΠ.

Συναφής έρευνα έχει δείξει επίσης, ότι η σχέση μεταξύ της ποιότητας και της διαχείρισης της γνώσης, μπορεί να λειτουργήσει και προς την αντίθετη κατεύθυνση. Για παράδειγμα, οι Choo et al (2007) πρότειναν ότι τα εργαλεία και τα οργανωτικά πλαίσια που παρέχονται από πρωτοβουλίες διαχείρισης της ποιότητας επηρεάζουν την οργανωτική μάθηση και τη δημιουργία γνώσεων. Οι Hsu και Shen (2005) συζητούν τις ομοιότητες μεταξύ της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και της διαχείρισης της γνώσης, όσον αφορά την ομαδική εργασία, την ηγεσία, την εστίαση στους πελάτες και τη διαχείριση που βασίζεται στον άνθρωπο. Πιο πρόσφατα οι McFadden et al (2014), εξέτασαν εμπειρικά τον βαθμό στον οποίο οι πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας (συνεχής βελτίωση της ποιότητας και Six Sigma) εξαρτώνται από τη διαχείριση της γνώσης για την πραγματοποίηση θετικών μαθησιακών αποτελεσμάτων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, σε ένα δείγμα 273 νοσοκομείων στις ΗΠΑ, και βρήκαν ότι μια διαδικασία διαχείρισης της γνώσης τριών σταδίων διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας και της μάθησης για την ασφάλεια των ασθενών. Ενώ η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είχε άμεση θετική σχέση με την εκμάθηση της ασφάλειας των ασθενών, η μεθοδολογία Six Sigma δεν απέδειξε στατιστικά σημαντική άμεση σχέση με την ασφάλεια των ασθενών.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι Goldstein και Schweikhart (2002) δείχνουν εμπειρικά ότι τα νοσοκομεία μπορούν να βελτιώσουν τα οργανωτικά τους αποτελέσματα και την ικανοποίηση των ασθενών, ανάλογα με το πλαίσιο βραβείου Baldrige, το οποίο προτείνει τη συλλογή και τη χρήση πληροφοριών σχετικά με τους πελάτες και την απόδοση της διαδικασίας. Πράγματι η διαχείριση της γνώσης είναι ένα βασικό συστατικό στο πλαίσιο Baldrige. Το πλαίσιο Baldrige εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη «γραμμική διαδικασία» της διαχείρισης της γνώσης. Ο Engelkemeyer (2004, σ. 54) υποστήριξε ότι το πλαίσιο παρέχει στους οργανισμούς «ένα όχημα για να προβληματιστούν και να διατυπώσουν ποιοι είναι και πώς παρέχουν όφελος στους ενδιαφερόμενους». Αυτό απαιτεί συλλογή δεδομένων σε όλα τα επίπεδα της διαδικασίας. Στη συνέχεια, τα δεδομένα που συλλέγονται μετατρέπονται σε πληροφορίες σε ειδικές μονάδες ελέγχου ποιότητας σε όλους τους οργανισμούς. Αυτές οι μονάδες συνδυάζουν έπειτα όλες τις πληροφορίες σε σημαντικές ομάδες πληροφοριών όπου δημιουργούνται οι γνώσεις για να ανατροφοδοτήσουν το σύστημα για να ενισχύσουν και να αυξήσουν την ικανότητά τους. Έτσι, το πλαίσιο επιτρέπει στον οργανισμό να αξιοποιήσει αποτελεσματικά τη δυνατότητα διαχείρισης της γνώσης σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα. Επιπλέον, η διαχείριση της ποιότητας υποστηρίζει την οργάνωση στον μετασχηματισμό των δεδομένων της, σε συλλογική γνώση χρησιμοποιώντας την προοπτική του συστήματος (Akdere, 2009).

Επιπρόσθετα η δημιουργία ή η λήψη αποφάσεων σε μια οργάνωση μπορεί να βελτιωθεί χάρη στις πληροφορίες που παρέχονται μέσω καλά εφαρμοσμένων συστημάτων διαχείρισης γνώσης, καθώς και μέσω καλώς εκτελούμενων μεθοδολογιών επίλυσης προβλημάτων που εμπλέκονται στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας. Ως εκ τούτου, τα συστήματα βελτίωσης της ποιότητας θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως προγενέστερα των ικανοτήτων διαχείρισης γνώσης. Οι πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας μπορούν να ενισχύσουν τις ικανότητες διαχείρισης γνώσης στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι παρέχουν αποτελεσματικές πρακτικές για την απόκτηση γνώσεων από τους εργαζομένους (Evans and Lindsay 2015). Οι διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να επανασχεδιάσουν αποτελεσματικότερες διαδικασίες για τη βελτίωση τόσο της ικανοποίησης των πελατών όσο και της ασφάλειας των ασθενών. Οι διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας βοηθούν τις μονάδες υγείας να καταγράψουν και να διαμοιράσουν τη σιωπηρή γνώση των μελών της ομάδας και να

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

την μετατρέψουν σε κωδικοποιημένη γνώση που χρησιμοποιείται για τη βελτίωση των διαδικασιών (Anand et al, 2010).

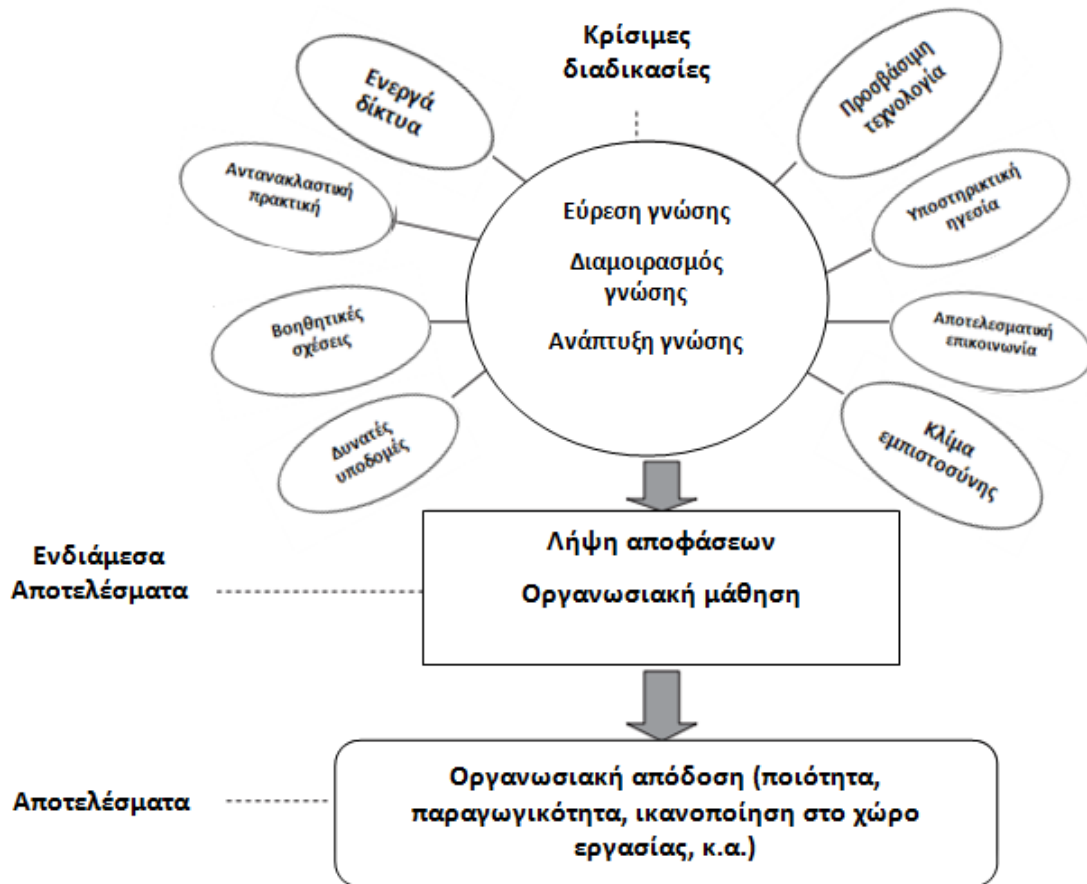
3.3. Ανασκόπηση αρθρογραφίας- Η συμβολή της διαχείρισης της γνώσης στην βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας

Η ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας αποτελεί μείζονα στόχο σε όλες τις έρευνες για την υγεία. Ως εκ τούτου, η εύρεση, η ανταλλαγή, η συνεργασία και η ανάπτυξη της γνώσης, μεταξύ του προσωπικού των μονάδων υγείας και ιδιαίτερα του κλινικού προσωπικού, είναι αναγκαία για την ανακάλυψη και την ανάπτυξη της γνώσης και ως εκ τούτου της ποιότητας της περίθαλψης (Morr και Subercaze, 2010).

Η υιοθέτηση τεχνικών διαχείρισης της γνώσης είναι ικανή να ενισχύσει την ποιότητα της φροντίδας όπως προτείνεται από τους Oranzo et al (2008). Σύμφωνα με τους ίδιους, η έρευνα των επιστημών της πληροφορίας έχει οδηγήσει στην κατανόηση των θεωριών και των πρακτικών της χρήσης πληροφοριών στα ενημερωτικά επαγγέλματα, αλλά η επιστήμη της πληροφορίας και ένας από τους κλάδους της, η διαχείριση της γνώσης, έχουν επίσης τη δυνατότητα να επηρεάσουν και να ενισχύσουν άλλους επαγγελματικούς κλάδους. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διαχείριση της γνώσης είναι ένα ευεργετικό πλαίσιο, το οποίο μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να διαχειριστούν τις πρακτικές τους και τελικά να διαχειριστούν την ποιότητα της περίθαλψης στους ασθενείς τους. Το κεντρικό επιχείρημα τους βασίζεται στην υπόθεση ότι η ιατρική είναι ένα επάγγελμα βασισμένο στη γνώση και ότι η εύρεση, η ανταλλαγή και η ανάπτυξη της γνώσης των κλινικών ιατρών είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρακτική στην ιατρική περίθαλψη. Βασιζόμενοι σε αυτό, δημιούργησαν ένα μοντέλο για την διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας και του τρόπου με τον οποίο μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Oranzo et al, 2008). Στο μοντέλο αυτό (Διάγραμμα 3.1), η διαχείριση της γνώσης θεωρείται ως μια διαδικασία μέσω της οποίας οι άνθρωποι στις οργανώσεις βρίσκουν, μοιράζονται και αναπτύσσουν γνώσεις για δράση. Αυτός ο ορισμός υποδηλώνει ότι (α) ένα τεχνητό γνώρισμα της γνώσης, δηλαδή, η κωδικοποιημένη γνώση είναι σε μορφή που δεν επαρκεί για την πλήρη αποτελεσματική χρήση της από πρακτικές (π.χ. ψηφιακά ιατρικά αρχεία), (β)

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

απαιτούνται πολλές αλληλένδετες διαδικασίες για τη διαχείριση της γνώσης, · (γ) υπάρχουν κοινωνικές και τεχνικές διαστάσεις στις διαδικασίες αυτές ως αποτέλεσμα της σιωπηρής γνώσης (π.χ., της γνώσης που μεταφέρεται στις σχέσεις μαθητείας) και της ρητής γνώσης (π.χ., αντικειμένων όπως εγχειρίδια διαδικασιών). και (δ) η δράση προέρχεται από τη σιωπηρή διάσταση των γνώσεων και των διαδικασιών διαχείρισης της γνώσης που ασχολούνται με την αποστολή μιας οργάνωσης (Oranzo et al, 2008).



Διάγραμμα 3.1. Μοντέλο της διαχείρισης γνώσης στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης των Oranzo et al, (2008)

Η διαχείριση της γνώσης προς την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια υγείας, είναι πολύ σημαντική δεδομένων των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στην Ευρώπη και στην Ελλάδα ειδικότερα (Simou και Koutsogeorgou, 2014). Πολλές από τις τρέχουσες προκλήσεις, όπως οι ανισότητες στην πρόσβαση, το αυξημένο κόστος, η δυσαρέσκεια των ασθενών λόγω κακής ποιότητας των υπηρεσιών (Aiken et al, 2012), είναι τομείς οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ενισχυθούν, μέσα από την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της γνώσης (Morr και Subercaze, 2010). Η διαχείριση της γνώσης στο πλαίσιο αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο οργανωτικό πλαίσιο για τον εντοπισμό και την επίλυση προβλημάτων που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας και συγκεκριμένα ένα πρακτικό πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου βελτίωσης της πρόσβασης και της ποιότητας της κλινικής περίθαλψης μέσω της βελτίωσης των υπηρεσιών πρόληψης και της έγκαιρης και αποτελεσματικής διαχείρισης χρόνιων ασθενειών, παράγοντες που αντιπροσωπεύουν τις θετικές επιδράσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ένα σύστημα υγείας (Starfield et al, 2005). Οι διαδικασίες και τα εργαλεία διαχείρισης της γνώσης μπορούν να θεωρηθούν ως τρόποι οργάνωσης και επηρεασμού της μάθησης και της λήψης αποφάσεων στο πλαίσιο των πρακτικών για την βελτίωση της συνολικής υγείας του πληθυσμού (Oranzo et al, 2008).

Οι Oranzo et al (2008) αναφέρουν ότι ένα παράδειγμα των πλεονεκτημάτων των αποτελεσματικών διαδικασιών διαχείρισης της γνώσης, μπορεί να εντοπιστεί στις παρεμβάσεις των χρόνιων παθήσεων και της πρόληψης. Η συνεχής ιατρική εκπαίδευση, η εφαρμογή συστημάτων υπενθύμισης στους ασθενείς, τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας για την απόκτηση νέων γνώσεων για τους ασθενείς και την πρακτική, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας, οι ομαδικές επισκέψεις και η ανταλλαγή γνώσεων, είναι όλα παρεμβάσεις που έχουν υλοποιηθεί στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας στην φροντίδα του διαβήτη (Grol & Jones, 2000; Solberg et al., 2000). Αυτές οι μέθοδοι θα μπορούσαν να κατανοηθούν ως διαφορετικοί τρόποι οργάνωσης των σχέσεων προς το σκοπό της βελτίωσης της φροντίδας του διαβήτη, ενισχύοντας τη λήψη αποφάσεων και τη μάθηση. Η διαχείριση της γνώσης μπορεί επίσης να ενισχύσει τις πρακτικές παροχής φροντίδας υγείας, βοηθώντας το προσωπικό και τους ιατρούς να επιλέξουν εργαλεία που αξιοποιούν άλλες υπάρχουσες οργανωτικές ικανότητες. Η διαχείριση γνώσης έχει χρησιμότητα όχι μόνο στην δημιουργία νέων παρεμβάσεων, αλλά και στην ενίσχυση των δυνατοτήτων των ήδη υπάρχοντων (Oranzo et al, 2008).

Η διαχείριση της γνώσης μπορεί επίσης να συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μέσα από την μείωση των ιατρικών σφαλμάτων. Τα ιατρικά σφάλματα, αν και έχουν μειωθεί με την πάροδο των ετών, συνεχίζουν να αποτελούν μια σημαντική πρόκληση στον τομέα της υγείας. Ο ασθενής αποτελεί το

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

επίκεντρο όλων των δραστηριοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και κάθε ιατρικό λάθος μπορεί να έχει επιζήμια αποτελέσματα για την υγεία του ή να έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατό του. Η χρήση συστημάτων διαχείρισης γνώσης που υποστηρίζουν τη λήψη αποφάσεων σε συνταγογραφούμενα φάρμακα και πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενειών, έχει θετικό αντίκτυπο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επιτρέπει τη μείωση, αν όχι την εξάλειψη, των ανεπιθύμητων ενεργειών και των ιατρικών σφαλμάτων από την ανθρώπινη επίβλεψη και συμβάλλει στην μείωση του κόστους ιατρικής περίθαλψης που οφείλεται σε ιατρικά λάθη, βοηθώντας στη διαχείριση των οικονομικών πόρων της υγειονομικής περίθαλψης. Το θετικό αυτό αποτέλεσμα μπορεί να επέλθει μέσα από την χρήση συλλογισμών βασισμένων σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ή σε κανόνες. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τα συστήματα διαχείρισης γνώσης έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε οργανισμούς υγείας, προς το σκοπό αυτό, και συγκεκριμένα με σκοπό τη μείωση των σφαλμάτων στην συνταγογράφηση φαρμάκων. Σε ορισμένες από αυτές έχουν αναφερθεί μείωση σφαλμάτων έως και 55% (Montani & Bellazzi, 2002).

Επιπρόσθετα σε ένα περίπλοκο τομέα όπως η υγειονομική περίθαλψη, η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη συνεργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι η κύρια αιτία πολλών ιατρικών λαθών, εξ ου και η ανάγκη για συντονισμένη στρατηγική διεπαγγελματικής φροντίδας. Έτσι, η διάγνωση, βασισμένη σε συνεργασία μπορεί να επιτευχθεί από τους φορείς της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εφαρμογής συστημάτων διαχείρισης της γνώσης. Η συνεργασία είναι επίσης ευκαιρία για καινοτομία. Ο τομέας της υγείας είναι ένας τομέας, ο οποίος καθοδηγείται από την καινοτομία και επομένως η διαχείριση της κλινικής γνώσης, μέσα από την διαχείριση της κατανεμημένης γνώσης γίνεται σημαντική. Η ανακάλυψη των μηχανισμών ανταλλαγής γνώσεων και των οργανωτικών παραγόντων που τους επηρεάζουν είναι ουσιώδης για τη συνεργασία και την καινοτομία (Oranzo et al, 2008).

Ενώ η συνεργασία έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης που θεωρείται ο κύριος στόχος της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, έχει επίσης αντίκτυπο στο κόστος, καθώς επιτρέπει την ανταλλαγή γνώσεων. Πράγματι, η Lamont (2007) υποστηρίζει ότι οι περιφερειακοί οργανισμοί πληροφόρησης για την υγεία στοχεύουν

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

στην αύξηση της αποδοτικής χρήσης των πόρων υγείας με την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ενός συνόλου παρόχων, πληρωτών, εργοδοτών και άλλων ενδιαφερομένων μερών.

Επιπρόσθετα προκειμένου να προωθηθεί η ανάπτυξη τόσο τοπικών όσο και παγκόσμιων στρατηγικών λήψης αποφάσεων που βασίζονται σε τεκμήρια, η ανταλλαγή γνώσεων είναι ένα σημαντικό ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί και βρίσκεται στο σταυροδρόμι του μοντέλου της διαχείρισης της γνώσης στον 21ο αιώνα. Το μοντέλο λήψης αποφάσεων που βασίζεται στην τεκμηρίωση και έχει προέλευση από τον Καναδά, στο Τμήμα Κλινικής Επιδημιολογίας και Βιοστατικής του Πανεπιστημίου McMaster το 1981 βασίζεται στην ανάγκη των παρόχων φροντίδας, να είναι περισσότερο υπεύθυνοι προς τους ασθενείς τους (Boateng, 2010). Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην περίθαλψη των ασθενών, όπως η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, η εξασφάλιση του ατόμου με βάση τα πλέον ενημερωμένα στοιχεία της επιστημονικής έρευνας, τη διασφάλιση ότι οι γιατροί θα μεγιστοποιήσουν την πιθανότητα των θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς καθώς και την ελαχιστοποίηση του υφιστάμενου χάσματος μεταξύ έρευνας και πρακτικής. Έτσι, έχει επηρεάσει τη λήψη αποφάσεων και τις δράσεις που έχουν αναληφθεί σε ολόκληρη τη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης εδώ και πάνω από δύο δεκαετίες. Η ιατρική πρακτική, στο πλαίσιο αυτό ακολουθεί τέσσερα βασικά βήματα, τα οποία είναι: i) η διατύπωση ενός σαφούς κλινικού ερωτήματος σχετικού με το πρόβλημα του ασθενούς, ii) η αναζήτηση στη βιβλιογραφία για σχετικές κλινικές πρακτικές, · iii) η αξιολόγηση των διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων για τη χρησιμότητά τους, · και iv) η εφαρμογή των αποδείξεων στις κλινικές πρακτικές. Ως εκ τούτου, στο σύγχρονο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η ικανότητα είναι απαραίτητη σε όλα τα επίπεδα, και ως αποτέλεσμα της ιατρικής πρακτικής βασισμένης σε αποδείξεις, όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας δεν μπορούν πλέον να είναι αρκετά ικανοί χωρίς να γνωρίζουν και να μαθαίνουν συνεχώς (Lapaige, 2009; Boateng, 2010).

Ο Boateng (2010) στην έρευνα του έδειξε ότι οι γιατροί συμφώνησαν έντονα ότι η ιατρική πρακτική βασισμένη σε αποδείξεις, είναι η καλύτερη οδός για την εξασφάλιση αποτελεσματικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης και υποστηρίζει τη συμμετοχή των ασθενών στην κλινική λήψη αποφάσεων. Η από κοινού λήψη

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

αποφάσεων θα μπορούσε να βελτιώσει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καθώς πρόκειται για την τοποθέτηση του ασθενούς στο επίκεντρο της υγειονομικής περίθαλψης. Η σαφής επικοινωνία και η ενεργός διάδοση των αποδεικτικών στοιχείων σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη και κυρίως στους ασθενείς, σε μορφές που είναι εύκολα κατανοητές είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση της ευαισθητοποίησης, της εξέτασης, της υιοθέτησης και της διευκόλυνσης της χρήσης τους (McCormack et al, 2010).

Η ποιότητα στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την υιοθέτηση της σωστής στρατηγικής διαχείρισης γνώσης για ενημερωμένη κλινική λήψη αποφάσεων. Όταν, τόσο η ρητή όσο και η σιωπηρή γνώση χρησιμοποιούνται από τους γιατρούς και από τους ασθενείς, η ιατρική πρακτική βασισμένη σε τεκμήρια ευδοκμεί. Επιπλέον, η πολιτική της διαχείρισης της γνώσης είναι καθοριστικής σημασίας για την ικανοποιητική αντιμετώπιση του στόχου της ιατρικής πρακτικής βασισμένης σε τεκμήρια και των μορφών, στρατηγικών και πρακτικών της διαχείρισης της γνώσης που πρέπει να υιοθετηθούν (Boateng, 2010; Shahmoradi et al, 2017).

Έχει τονιστεί επίσης ότι η υιοθέτηση της ιατρικής πρακτικής βασισμένης σε τεκμήρια και τα συστήματα διαχείρισης της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη έχουν μεγάλες δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μια έρευνα από τους Clark et al (2012) ανέφερε ότι η λήψη αποφάσεων υψηλής ποιότητας, με συναφείς πτυχές όπως η αποτελεσματική επικοινωνία και το καλύτερο περιβάλλον των ασθενών είναι πολύ σημαντικές πτυχές της εισαγωγής και απενεργοποίησης των ηλεκτρονικών καρδιακών συσκευών.

Σήμερα, δίδεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική πρακτική βασισμένη σε τεκμήρια και τη χάραξη πολιτικής για τη χρησιμοποίηση της γνώσης της έρευνας από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η μετάφραση γνώσεων, μια διαδικασία που περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η σύνθεση, η διάδοση, η ανταλλαγή και η εφαρμογή των γνώσεων προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες και τα προϊόντα υγειονομικής περίθαλψης, είναι μια άλλη πτυχή που εξετάζεται στην βιβλιογραφία. Οι Nedjat et al (2014), αναφέρουν ότι προκειμένου να ενισχυθεί η μετάφραση των γνώσεων, τόσο οι ερευνητές όσο και οι φορείς χάραξης πολιτικής πρέπει να δώσουν προσοχή σε όλα τα επίπεδα. Επιπλέον, υπογραμμίστηκε ότι υπάρχει ανάγκη δημιουργίας ενός δικτύου,

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

καθορισμού προτεραιοτήτων και οικοδόμησης εμπιστοσύνης μεταξύ των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των ερευνητών. Σήμερα, οι βιοϊατρικές ανακαλύψεις αυξάνονται με ταχύτατο με αυξανόμενο ρυθμό, αλλά η μετάφραση αυτής της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη συνήθως παρεμποδίζεται, λόγω της έλλειψης επαρκούς συστήματος για τον εντοπισμό, τη διευκρίνιση και την παράδοση αυτών των αποδείξεων στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας (Cases et al, 2013).

Τα τεχνολογικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται επίσης στο πλαίσιο της διαχείρισης της γνώσης από τους οργανισμούς υγείας, έχουν επίσης διερευνηθεί ως προς την δυνατότητα επίδρασης στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η τεχνολογία διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διαχείριση της γνώσης, για τη διευκόλυνση της ροής γνώσης μέσω του κύκλου ζωής της και υλοποιείται με την εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης γνώσης, επειδή παρέχει ένα τεχνικό υπόβαθρο που διευκολύνει την υλοποίηση του (Deve και Haranyengwi, 2014). Μια μελέτη από τους Finkelstein et al (2012), η οποία επικεντρώθηκε στην επίδραση μιας εφαρμογής πληροφορικής για την υγεία στην βελτίωση της από κοινού λήψης αποφάσεων, της υποβοήθησης λήψης κλινικών αποφάσεων, έδειξε ότι η συνολική εφαρμογή της πληροφορικής στον τομέα της υγείας βελτίωσε την επικοινωνία των ασθενών με τους παρόχους και τα επίπεδα γνώσης των ασθενών. Οι τεχνολογικές λύσεις βελτιώνουν την αποτελεσματική και αποδοτική ανάκτηση της γνώσης και μπορούν να λειτουργήσουν ως ένας κεντρικός χώρος διαχείρισης της γνώσης σε κάθε οργανισμό (Pentland et al, 2014).

3.4. Οι προκλήσεις της διαχείρισης της γνώσης στον τομέα της υγείας

Όπως έδειξε η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η επιστήμη της πληροφορίας και ειδικότερα ο τομέας της διαχείρισης της γνώσης μπορεί να παράσχει μεγάλες ευκαιρίες στους οργανισμούς υγείας, ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Η δημιουργία και η ανταλλαγή γνώσεων πρέπει να πραγματοποιούνται ως διαδικασίες, όχι μόνο μεταξύ των κλινικών ιατρών και των ασθενών, αλλά μεταξύ όλων των συμμετεχόντων στην παράδοση της φροντίδας υγείας στον οργανισμό υγείας, αφού οι διαδικασίες αυτές μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία και να διευκολύνουν αποτελεσματικές θεραπείες. Η ποιότητα δεν

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

βρίσκεται απλώς σε ένα άτομο, αλλά στην ποιότητα της ομάδας και στην ποιότητα των σχέσεων μεταξύ της ομάδας που παρέχει την περίθαλψη. Ωστόσο, τονίζεται ότι ο τρόπος με τον οποίο θα υλοποιηθούν οι πρακτικές της διαχείρισης της γνώσης στις μονάδες υγείας, δεν θα πρέπει να είναι απροσδόκητος ή ανοργάνωτος., επειδή αλληλεπιδρούν για να ενισχύσουν ή να μειώσουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η ανταλλαγή γνώσεων και οι άλλες δραστηριότητες οικοδόμησης της γνώσης πρέπει να προσαρμόζονται σε συγκεκριμένα αποτελέσματα, καθώς και να εφαρμόζονται σε ένα ενοποιημένο πλαίσιο (Morr και Subercaze, 2010).

Εκτός των ανωτέρω, η εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις, ορισμένες από τις οποίες απορρέουν από τη φύση του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και άλλες είναι κοινές και σε άλλους τομείς. Η βασική πρόκληση παραμένει μέχρι σήμερα, η συνειδητοποίηση της σημασίας και των δυνατοτήτων της διαχείρισης της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη. Μόλις αναγνωριστεί η διαχείριση της γνώσης ως οργανωτικό και πρακτικό πλεονέκτημα, απαιτείται να δημιουργηθεί μια στρατηγική διαχείρισης γνώσης. Μόλις ολοκληρωθεί η στρατηγική, θα πρέπει να προγραμματιστεί η αλλαγή της διαχείρισης προκειμένου να δημιουργηθεί μια κουλτούρα υιοθέτησης διαχείρισης γνώσης στο χώρο εργασίας και να βρεθούν τα άτομα εκείνα αλλά και οι λοιποί παράγοντες, που θα διευκολύνουν την υιοθέτηση συστημάτων και πρακτικών διαχείρισης της γνώσης στις μονάδες υγείας. Κάθε πρωτοβουλία διαχείρισης της γνώσης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της, τόσο τους ανθρώπους όσο και την τεχνολογία. Ένα ισχυρό εργαλείο διαχείρισης της γνώσης δεν θα αναπτυχθεί πιθανώς εάν τα ενδιαφερόμενα άτομα δεν δεσμευτούν στη χρήση του. Και αμοιβαίως, οι εργαζόμενοι που έχουν κίνητρα να υιοθετήσουν συστήματα διαχείρισης γνώσης, θα μπορούσαν να χάσουν το κίνητρό τους αν τα συστήματα αυτά έχουν χαμηλή χρηστικότητα ή δεν παρέχουν συναφή χαρακτηριστικά (Oranzo et al, 2008).

Σε ιδιαίτερα ανταγωνιστικές επιχειρήσεις, ένα αποτελεσματικό σύστημα διαχείρισης γνώσης μπορεί να κάνει τη διαφορά μεταξύ της επιτυχίας και της αποτυχίας. Η διαχείριση της γνώσης, όπως και τα συστήματα ποιότητας στους οργανισμούς υγείας, θα πρέπει να ενσωματωθούν στην οργανωτική κουλτούρα. Κατά συνέπεια, η χρηστικότητα είναι μια σημαντική πρόκληση που αντιμετωπίζει η διαχείριση της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη. Η εδραίωση της εμπιστοσύνης στα συστήματα

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

διαχείρισης γνώσης και η παροχή επαρκών μέτρων εμπιστευτικότητας και ασφάλειας είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά για την υγειονομική περίθαλψη και, ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα προκλητική (Oranzo et al, 2008).

Πολλές προκλήσεις και εμπόδια που έχουν επίσης βρεθεί σε άλλες έρευνες περιλαμβάνουν περιορισμούς σε τεχνολογικές υποδομές, έλλειψη κινήτρων στους εργαζόμενους για την ανταλλαγή γνώσεων (Al-Busaidi, 2012), η αναξιοπιστία των συστημάτων διαχείρισης γνώσης, (Pentalnd et al, 2014), η απροθυμία των κλινικών ιατρών για την καθημερινή χρήση εργαλείων ΤΠΕ - κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου, η έλλειψη προσοχής στα αποτελέσματα και χρήσης αποδεικτικών στοιχείων, η έλλειψη κινήτρων για τεκμηρίωση, η κακή ποιότητα των δεδομένων ή πληροφοριών των ασθενών (Cases et al, 2010), η έλλειψη κεντρικού συστήματος βάσης γνώσεων και η έλλειψη εμπιστοσύνης (Cegarra-Navarro et al, 2011).

Παρά τα εμπόδια και τις προκλήσεις αυτές, που περιορίζουν την εφαρμογή των συστημάτων και πρακτικών διαχείρισης γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη, υπάρχουν μια σειρά από ευκαιρίες που μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υγειονομική περίθαλψη, βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης για τους ασθενείς. Η βασικότερη εξ' αυτών είναι η πρόοδος στις ΤΠΕ στην υγεία. Οι διαδραστικές τεχνολογίες διαχείρισης της γνώσης έχουν μεγάλο δυναμικό στο πλαίσιο της ανταλλαγής γνώσεων, καθώς ενισχύουν την αποτελεσματική επικοινωνία, τη διαχείριση των προσωπικών γνώσεων, τη δημιουργία συζήτησης για νέες ιδέες, την εξεύρεση απαντήσεων σε συγκεκριμένα προβλήματα, την ενημέρωση για τις τελευταίες δραστηριότητες των συναδέλφων, την παροχή βοήθειας και ανατροφοδότησης και την ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων. Επίσης η πρόοδος της τεχνολογίας μπορεί να επιφέρει καλύτερες συνθήκες περίθαλψης στους οργανισμούς υγείας, όπου οι ασθενείς θα μπορούσαν να λάβουν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Mairs et al, 2013).

Τα συστήματα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων, είναι επίσης μια σημαντική ευκαιρία για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, στο πλαίσιο της διαχείρισης της γνώσης στους οργανισμούς υγείας. Παράδειγμα ενός τέτοιου συστήματος είναι το «Infobutton», ένα εργαλείο ανάκτησης πληροφοριών που βοηθά τους κλινικούς ιατρούς στην αναζήτηση και ανάκτηση συγκεκριμένων γνώσεων. Το σύστημα αυτό αποτελεί έναν δικτυακό πόρο γνώσεων για την υγεία που

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

ενσωματώνεται στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας. Τα συστήματα αυτά υποστηρίζουν τη λήψη αποφάσεων σε οποιαδήποτε κατάσταση φροντίδας παρέχοντας μια σειρά από στρατηγικές και πόρους για τη δημιουργία και τον διαμοιρασμό της γνώσης (Del Fiol et al, 2010).

Σημαντική ευκαιρία αποτελούν επίσης και τα ηλεκτρονικά συστήματα ιατρικών αρχείων. Οι εξελίξεις στα συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής στην υγεία επικεντρώνονται στην παροχή δεδομένων για την έρευνα και την περίθαλψη των ασθενών καθώς και στην ιεράρχηση των πόρων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Ο πρωταρχικός στόχος για τα συστήματα αυτά και τις συναφείς τεχνολογίες θα πρέπει να είναι η διευκόλυνση της διαχείρισης της γνώσης, προς το σκοπό της βελτίωσης της ατομικής και κοινοτικής υγείας. Η διαχείριση της γνώσης στη δημόσια υγεία, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των σχετικών φορέων χάραξης πολιτικής, λόγω της ικανότητάς της να συλλαμβάνει γνώσεις για την ετοιμότητα της δημόσιας υγείας, να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα τις πληροφορίες, να επιτρέπει στους εργαζομένους της δημόσιας υγείας να συνεργάζονται σε ένα εικονικό περιβάλλον και να βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της χρήσης των πόρων. Το γεγονός ότι τα ηλεκτρονικά συστήματα ιατρικών αρχείων αποτελούν ουσιαστικό μέσο για την ενσωμάτωση του συστήματος δεδομένων για την κλινική και τη δημόσια υγεία, πρέπει να είναι γνωστά, έτσι ώστε οι αρχές δημόσιας υγείας να έχουν αξιόπιστα δεδομένα σε πραγματικό χρόνο για να στηρίξουν τις αποφάσεις στην πολιτική υγείας για καλύτερη και ασφαλέστερη περίθαλψη (Shahmoradi et al, 2017).

Οι κοινότητες πρακτικής έχουν επίσης αρχίσει να γίνονται δημοφιλείς στον τομέα της υγείας από τη στιγμή που προσδιορίζονται ως μια έννοια για την κατανόηση της κοινής χρήσης, της διαχείρισης και της δημιουργίας γνώσης. Οι κοινότητες πρακτικής χρησιμοποιούνται ως μέσο για την έγκαιρη μετάφραση των νέων γνώσεων στον τομέα της υγείας, συνδέοντας τους ερευνητές, τους επαγγελματίες, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ασθενείς. Διευκολύνουν την έγκαιρη και σχετική ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσεων. Οι κοινότητες πρακτικής χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να έχουν αίσθηση συγκεκριμένων πληροφοριών, όπως οι κατευθυντήριες γραμμές της ιατρικής κλινικής πρακτικής (Li et al, 2009). Η ανάγκη για την έγκαιρη μετάφραση των νέων γνώσεων για την υγεία στην πράξη γίνεται όλο και πιο σημαντική. Λόγω της δαπανηρής

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

αρχικής επένδυσης για την ανάπτυξη ενός πλήρους συστήματος διαχείρισης γνώσης και της εφαρμογής του, οι διαδικτυακές στρατηγικές διαχείρισης γνώσης, όπως οι κοινότητες πρακτικής συμβάλλουν στη διευκόλυνση της μετάφρασης γνώσεων σχετιζόμενων με την υγεία, καθώς θεωρούνται ένα φθηνό, αποτελεσματικό και προσβάσιμο μέσο για την παροχή υποστήριξης όχι μόνο στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, αλλά και στους ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό οι κοινότητες πρακτικής αποτελούν βασικό στοιχείο της διαχείρισης της γνώσης (Mairs et al, 2013).

.

Κεφάλαιο 4^ο: Συμπεράσματα- Προτάσεις

Η παρούσα εργασία παρείχε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της συμβολής των συστημάτων και πρακτικών διαχείρισης της γνώσης, στην βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν ένα όλο και περισσότερο περίπλοκο, μεταβαλλόμενο περιβάλλον, σε συνδυασμό με υψηλά επίπεδα ανταγωνισμού. Οι προηγμένες τεχνολογίες και η ταχεία αλλαγή στις απαιτήσεις των πελατών καθιστούν πιο δύσκολο για τους οργανισμούς να επιβιώσουν και να παραμείνουν ανταγωνιστικοί. Η διαχείριση της γνώσης, η οποία είναι η διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι σε οργανισμούς βρίσκουν, μοιράζονται και αναπτύσσουν γνώση για δράση, εφαρμόζεται με επιτυχία στις επιχειρήσεις και σε διάφορους τομείς για την προώθηση της δημιουργίας και της ανταλλαγής γνώσεων την καλύτερη αξιοποίηση των οργανωτικών πόρων και την ανταγωνιστικότητα. Οι διαδικασίες διαχείρισης της γνώσης συνεργάζονται με τη διαδικασία μάθησης του ατόμου και τις οργανώσεις για την ενδυνάμωση, την ενίσχυση και την καλλιέργεια νέων γνώσεων και λύσεων για οργανισμούς. Σήμερα, η διαχείριση της γνώσης αποτελεί βασικό δείκτη βελτίωσης ποιότητας για πολλούς οργανισμούς στον τομέα της υγείας. Οι αρχές της έχουν ευρεία εφαρμογή και αξία στον τομέα της υγείας. Στον τομέα αυτό υπάρχει μεγάλη απαίτηση επεξεργασίας πληροφοριών και ανταλλαγής γνώσεων, επειδή νέες γνώσεις αναδύονται και συγκεντρώνονται καθημερινά. Ως εκ τούτου, τα εργαλεία διαχείρισης γνώσης που διευκολύνουν την καταγραφή και τον διαμοιρασμό της κλινικής γνώσης καθίστανται ζωτικής σημασίας, ειδικά για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης που υποστηρίζουν τη διανομή των βέλτιστων πρακτικών τους για τη φροντίδα των ασθενών τους.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η διαχείριση της γνώσης έχει τη δυνατότητα και μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, και συγκεκριμένα έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει κάθε μια από τις έξι βασικές διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας υγείας, όπως αυτές αναφέρονται από τον ΠΟΥ. Η ιατρική πρακτική βασισμένη σε τεκμήρια είναι αρχικά μια πρακτική που βασίζεται ολοσχερώς σε νέα γνώση η οποία δημιουργείται καθημερινά στο πλαίσιο

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

της επιστημονικής έρευνας. Ο διαμοιρασμός αυτής της γνώσης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των επαγγελματιών του τομέα της υγείας είναι συνεπώς κρίσιμης σημασίας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας, δηλαδή για την παροχή φροντίδας που είναι συνεπής με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις. Η διαχείριση της γνώσης και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της, έχει επίσης δειχθεί ότι μπορούν να μειώσουν τα ιατρικά σφάλματα και να ενισχύσουν την ασφάλεια των ασθενών, παράγοντες οι οποίοι είναι βασικές διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Η διαχείριση της γνώσης δείχθηκε επίσης ότι μπορεί να μειώσει το κόστος στους οργανισμούς υγείας, βελτιώνοντας την αποδοτικότητα τους, καθώς και να βοηθήσει στην εξάλειψη ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγεία.

Λόγω των δυνατοτήτων της διαχείρισης της γνώσης να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, η υιοθέτηση σχετικών συστημάτων και πρακτικών είναι ένα θέμα που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Δύο βασικές πτυχές που πρέπει να εξετάζονται είναι η γνώση των εργαζομένων για τη χρήση των συστημάτων και πρακτικών διαχείρισης της γνώσης και η υποστήριξη της ηγεσίας στην υιοθέτηση τους. Είναι ύψιστης σημασίας η ανώτατη διοίκηση να υποστηρίζει ανεπιφύλακτα την πρωτοβουλία και την πλήρη εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης, υιοθετώντας την πλήρως στην κουλτούρα του οργανισμού, παρέχοντας συνεχή κατάρτιση στους εργαζομένους και ρυθμίζοντας οποιονδήποτε παράγοντα θα μπορούσε να λειτουργήσει ανασταλτικά στο πλαίσιο της υιοθέτησης. Η ανταλλαγή γνώσεων παρέχει μια σύνδεση μεταξύ των ανθρώπων και της οργάνωσης καθώς και της δημιουργίας, της διάδοσης, της συνεργασίας, της καινοτομίας και της απόκτησης γνώσεων. Έτσι, η ανταλλαγή γνώσεων επηρεάζει σημαντικά την υλοποίηση των συστημάτων διαχείρισης γνώσεων. Επομένως, θα πρέπει να υπάρχει η σωστή πολιτική που θα εγγυάται στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας, και ιδίως στο ιατρικό προσωπικό, ότι η ανταλλαγή γνώσεων αφορά όλους τους ασθενείς, για τους οποίους εργάζονται, βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης που πρέπει να παρέχεται. Είναι προφανές ότι η υγειονομική περίθαλψη δεν αφορά μόνο λίγα άτομα ή δεν περιορίζεται σε έναν ενιαίο οργανισμό. Πρόκειται μάλλον για έναν ευρύ τομέα, στον οποίο εμπλέκονται πολλά ενδιαφερόμενα μέρη. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αναμένεται να δώσουν τη δέουσα προσοχή στα ερευνητικά αποτελέσματα και οι ερευνητές θα πρέπει να επικεντρωθούν στην εφαρμοσμένη έρευνα για την αντιμετώπιση προβλημάτων

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

προτεραιότητας και την παροχή βιώσιμης λύσης που βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης.

Οι υπάρχουσες ευκαιρίες για την εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη, ειδικά τα εργαλεία διαχείρισης γνώσης που βασίζονται σε τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών, φαίνεται ότι αποτελούν μια σημαντική ευκαιρία για τους οργανισμούς, και θα πρέπει να αξιοποιηθούν προς το σκοπό της ενίσχυσης της δημιουργίας και ανταλλαγής γνώσεων και συνακόλουθα της βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας. Μελλοντικά οι τεχνολογίες αυτές αναμένεται να διαδραματίσουν μεγαλύτερο ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη. Άλλες ευκαιρίες που δεν θα πρέπει να παραμείνουν αναξιοποίητες από τους οργανισμούς υγείας, περιλαμβάνουν τα συστήματα υποστήριξης των κλινικών αποφάσεων, τα συστήματα ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και τις κοινότητες πρακτικής. Προκειμένου να υλοποιηθεί μια ολοκληρωμένη εφαρμογή διαχείρισης γνώσης στην υγειονομική περίθαλψη, η οποία θα συμβάλλει ουσιαστικά στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, όλα τα εμπλεκόμενα μέρη - υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης - πρέπει να συνεργαστούν και περισσότερο να κατανοήσουν το ρόλο τους για να αξιοποιήσουν τις υφιστάμενες ευκαιρίες και να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

Ackerman, M. S., Pipek, V., & Wulf, V. (Eds.). (2003). *Sharing expertise: Beyond knowledge management*. MIT press.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, *344*, e1717.

Akdere, M. (2009). The role of knowledge management in quality management practices: Achieving performance excellence in organizations. *Advances in Developing Human Resources*, *11*(3), 349-361.

Al-Busaidi, K. A. (2014). Knowledge workers' perceptions of potential benefits and challenges of inter-organizational knowledge sharing systems: a Delphi study in the health sector. *Knowledge Management Research & Practice*, *12*(4), 398-408.

Alavi, M., & Leidner, D. E. (2001). Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *MIS quarterly*, pp. 107-136.

Anand, G., Ward, P. T., Tatikonda, M. V., & Schilling, D. A. (2009). Dynamic capabilities through continuous improvement infrastructure. *Journal of Operations Management*, *27*(6), 444-461.

Andreeva, T., & Kianto, A. (2012). Does knowledge management really matter? Linking knowledge management practices, competitiveness and economic performance. *Journal of knowledge management*, *16*(4), 617-636.

Alavi, M., & Leidner, D. E. (2001). Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *MIS quarterly*, pp. 107-136.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Arntzen-Bechina, A. A., & Leguy, C. D. (2007). An Insight into Knowledge Flow in Biomedical Engineering Science. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 5(2).

Barclay, R. O., & Murray, P. C. (1997). What is knowledge management. *Knowledge praxis*, 19.

Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare?.

Benneyan, J. C., Lloyd, R. C., & Plsek, P. E. (2003). Statistical process control as a tool for research and healthcare improvement. *BMJ Quality & Safety*, 12(6), 458-464.

Biggam, J. (2001, January). Defining knowledge: An epistemological foundation for knowledge management. In *System Sciences, 2001. Proceedings of the 34th Annual Hawaii International Conference on* (pp. 7-pp). IEEE.

Bishop, A., & Dougherty, R. (2005). Implementing CQI at the healthcare provider level. *Behavioral healthcare tomorrow*, 14(1), 38-40.

Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., & Proudlove, N. (2008). *Quality improvement: theory and practice in healthcare*. NHS Institute for Innovation and Improvement.

Boateng, W. (2010). Knowledge management in evidence-based medical practice: does the patient matter?. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 8(3).

Bordoloi, P., & Islam, N. (2012). Knowledge management practices and healthcare delivery: a contingency framework. *The Electronic Journal of Knowledge Management*, 10(2), 110-120.

Brajer-Marczak, R. (2016). Elements of knowledge management in the improvement of business processes. *Management*, 20(2), 242-260.

Brown, L. D., Franco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1998). *Quality assurance of health care in developing countries*. Quality Assurance Project, Center for Human Services.

Bukowitz, W. R., & Williams, R. L. (2000). *The knowledge management fieldbook*. Financial Times/Prentice Hall.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Butler, T., & Murphy, C. (2007). Understanding the design of information technologies for knowledge management in organizations: a pragmatic perspective. *Information Systems Journal*, 17(2), 143-163.

Butler, M., Ratner, E., McCreedy, E., Shippee, N., & Kane, R. L. (2014). Decision aids for advance care planning: an overview of the state of the science. *Annals of internal medicine*, 161(6), 408-418.

Cantiello, J., Kitsantas, P., Moncada, S., & Abdul, S. (2016). The evolution of quality improvement in healthcare: Patient-centered care and health information technology applications. *Journal of Hospital Administration*, 5(2), 62.

Cases, M., Furlong, L. I., Albanell, J., Altman, R. B., Bellazzi, R., Boyer, S., ... & Gea, J. (2013). Improving data and knowledge management to better integrate health care and research. *Journal of internal medicine*, 274(4), 321-328.

Cegarra-Navarro, J. G., Wensley, A. K., & Polo, M. T. S. (2014). A conceptual framework for unlearning in a homecare setting. *Knowledge Management Research & Practice*, 12(4), 375-386.

Chen, C. J., & Huang, J. W. (2009). Strategic human resource practices and innovation performance—The mediating role of knowledge management capacity. *Journal of business research*, 62(1), 104-114.

Chen, S. S., Chuang, Y. W., & Chen, P. Y. (2012). Behavioral intention formation in knowledge sharing: Examining the roles of KMS quality, KMS self-efficacy, and organizational climate. *Knowledge-Based Systems*, 31, pp. 106-118.

Chen, L., Nugent, C. D., & Wang, H. (2012). A knowledge-driven approach to activity recognition in smart homes. *IEEE Transactions on Knowledge and Data Engineering*, 24(6), 961-974.

Choi, B., Poon, S. K., & Davis, J. G. (2008). Effects of knowledge management strategy on organizational performance: A complementarity theory-based approach. *Omega*, 36(2), pp. 235-251.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Chong, A. Y. L., Ooi, K. B., Lin, B., & Teh, P. L. (2010). TQM, knowledge management and collaborative commerce adoption: A literature review and research framework. *Total Quality Management*, 21(5), 457-473.

Choo, A. S., Linderman, K. W., & Schroeder, R. G. (2007). Method and psychological effects on learning behaviors and knowledge creation in quality improvement projects. *Management Science*, 53(3), 437-450.

Chuang, C. H., Jackson, S. E., & Jiang, Y. (2016). Can knowledge-intensive teamwork be managed? Examining the roles of HRM systems, leadership, and tacit knowledge. *Journal of management*, 42(2), pp. 524-554.

Clancy, C. M., Uchendu, U. S., & Jones, K. T. (2014). Excellence and equality in health care.

Clark, A. M., Dryden, D., & Hartling, L. (2012). Systematic review of decision tools and their suitability for patient-centered decisionmaking regarding electronic cardiac devices.

Collins, H. (2010). *Tacit and explicit knowledge*. University of Chicago Press.

Czarnitzki, D., & Wastyn, A. (2009). *Does professional knowledge management improve innovation performance at the firm level?*.

Dalkir, K., & Beaulieu, M. (2017). *Knowledge management in theory and practice*. MIT press.

Darroch, J. (2005). Knowledge management, innovation and firm performance. *Journal of knowledge management*, 9(3), 101-115.

Dasanayaka, S. W. S. B., Gunasekera, G. S. P., & Sardana, G. D. (2012). Quality of healthcare service delivery in public sector hospitals: a case study based on Western Province in Sri Lanka. *World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, 8(2), 148-164.

Davenport, T. H. (1999). Knowledge management and the broader firm: strategy, advantage, and performance. *Knowledge management handbook*, 2, 1-2.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Davenport, T. H., & Glaser, J. (2002). Just-in-time delivery comes to knowledge management. *Harvard business review*, 80(7), 107-111.

Delaney, L. J. (2017). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*.

Del Fiol, G., Cimino, J. J., Maviglia, S. M., Strasberg, H. R., Jackson, B. R., & Hulse, N. C. (2010). A large-scale knowledge management method based on the analysis of the use of online knowledge resources. In *AMIA Annual Symposium Proceedings*(Vol. 2010, p. 142). American Medical Informatics Association.

Deve, T., & Hapanyengwi, G. (2014). Knowledge Management Systems Generic Architectures: Enhancing Uniformity and Inter-Operability of Technological Tools for Knowledge Management. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 12(3).

Dobbins, M., DeCorby, K., Robeson, P., Husson, H., Tirilis, D., & Greco, L. (2010). A knowledge management tool for public health: health-evidence. *ca. BMC public health*, 10(1), 496.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.

Drucker, P. F. (1998). *Harvard business review on knowledge management*. Harvard Business Press.

Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Du Plessis, M. (2007). The role of knowledge management in innovation. *Journal of knowledge management*, 11(4), pp. 20-29.

Dwivedi, A. N., Bali, R. K., & Naguib, R. N. (2007). Building new healthcare management paradigms: A case for healthcare knowledge management. In *Healthcare Knowledge Management*(pp. 3-10). Springer, New York, NY.

Engelkemeyer, S. W. (2004). Resource Review: Resources for Managing Our Institutions in These Turbulent Times. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 36(1), 53-56.

Evans J., Lindsey W., (2015), *An introduction to six sigma & Process Improvement*, Cengage Learning

FilemonA., UriarteJ, (2008). *Intoruction to knowledge management*. Indonesia: ASEAN publications

Finkelstein, J., Knight, A., Marinopoulos, S., Gibbons, M. C., Berger, Z., Aboumatar, H. & Bass, E. B. (2012). Enabling patient-centered care through health information technology. *Evidence report/technology assessment*, (206), 1.

Fugate, M., Kinicki, A. J., & Prussia, G. E. (2008). Employee coping with organizational change: An examination of alternative theoretical perspectives and models. *Personnel Psychology*, 61(1), 1-36.

Garman, A. N., Burkhart, T., & Strong, J. (2006). Business knowledge and skills. *Journal of Healthcare Management*, 51(2), 81.

Girard, J.P., & Girard, J.L. (2015). Defining knowledge management: Toward an applied compendium, *Online Journal of Applied Knowledge Management*. 3(1), 1-20

Goldstein, S. M., & Schweikhart, S. B. (2002). Empirical support for the Baldrige Award framework in US hospitals. *Health care management review*, 27(1), 62-75.

Green, L. W., Ottoson, J. M., Garcia, C., & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual review of public health*, 30.

Grol, R., & Jones, R. (2000). Twenty years of implementation research. *Family practice*, 17(suppl_1), S32-S35.

Hardie-Boys, N., Carter, M., Barnes, C., Matheson, D., McDonald, E., & Davies, P. (2013). Evaluation Of The Northern Territory Continuous Quality Improvement (Cqi) Investment Strategy. *Evaluation*.

Healy, J. (2016). *Improving health care safety and quality: reluctant regulators*. Routledge.

Humphries, N., Morgan, K., Catherine Conry, M., McGowan, Y., Montgomery, A., & McGee, H. (2014). Quality of care and health professional burnout: narrative

literature review. *International journal of health care quality assurance*, 27(4), 293-307.

Hsu, S. H., & Shen, H. P. (2005). Knowledge management and its relationship with TQM. *Total Quality Management and Business Excellence*, 16(3), 351-361.

Kapoor, P. (2011). Why quality in healthcare. *Medical Journal Armed Forces India*, 67(3), 206-208.

Katzan I, Speck M, Dopler C, Urchek J, Bielawski K, Dunphy C, et al., editors. (2011). AMIA Annual Symposium Proceedings. American Medical Informatics Association; 2011. The Knowledge Program: an innovative, comprehensive electronic data capture system and warehouse.

Kimberly, J. R. (1997). Assessing? Quality?in Health Care: Issues in Measurement and Management. *International Journal for Quality in Health Care*, 3(9), 161-162.

Kitapci, O., Akdogan, C., & Dortyol, I. T. (2014). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 148, 161-169.

Kringos, D. S., Sunol, R., Wagner, C., Mannion, R., Michel, P., Klazinga, N. S., & Groene, O. (2015). The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews. *BMC health services research*, 15(1), 277.

Lapaige, V. (2009). Evidence-based decision-making within the context of globalization: A “Why–What–How” for leaders and managers of health care organizations. *Risk management and healthcare policy*, 2, 35.

Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G., & Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364

Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009). Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implementation science*, 4(1), 27.]

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Liyanage, C., & Egbu, C. (2005). Controlling healthcare associated infections (HAI) and the role of facilities management in achieving “quality” in healthcare: a three-dimensional view. *Facilities*, 23(5/6), 194-215.

Luce, J. M., Bindman, A. B., & Lee, P. R. (1994). A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *Western journal of medicine*, 160(3), 263.

Maditinos, D., Chatzoudes, D., Tsairidis, C., & Theriou, G. (2011). The impact of intellectual capital on firms' market value and financial performance. *Journal of intellectual capital*, 12(1), pp. 132-151.

Mairs, K., McNeil, H., McLeod, J., Prorok, J. C., & Stolee, P. (2013). Online strategies to facilitate health-related knowledge transfer: a systematic search and review. *Health Information & Libraries Journal*, 30(4), 261-277.

Marchiori, D., & Mendes, L. (2018). Knowledge management and total quality management: foundations, intellectual structures, insights regarding evolution of the literature. *Total Quality Management & Business Excellence*, 1-35.

Marjoua, Y., & Bozic, K. J. (2012). Brief history of quality movement in US healthcare. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 5(4), 265-273.

Mashhadiabdol, M., Sajadi, S. M., & Talebi, K. (2014). Analysis of the gap between customers' perceptions and employees' expectations of service quality based on fuzzy SERVQUAL logic (case study: Mofid children's hospital in Tehran, Iran). *International Journal of Services and Operations Management*, 17(2), 119-141.

McCalman, J., Bailie, R., Bainbridge, R., McPhail-Bell, K., Percival, N., Askew, D., & Tsey, K. (2018). Continuous quality improvement and comprehensive primary health care: a systems framework to improve service quality and health outcomes. *Frontiers in public health*, 6, 76.

McCormack, L., Sheridan, S., Lewis, M., Boudewyns, V., Melvin, C. L., Kistler, C., & Lohr, K. N. (2013). Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

McElroy, M. W., & McElroy, L. (2003). *The new knowledge management: Complexity, learning, and sustainable innovation*. Routledge.

McFadden, K. L., Stock, G. N., & Gowen III, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Healthcare management review, 40*(1), 24-34.

McFadden, K. L., Lee, J. Y., Gowen III, C. R., & Sharp, B. M. (2014). Linking quality improvement practices to knowledge management capabilities. *Quality Management Journal, 21*(1), 42-58.

Meyer, M. H., & Zack, M. H. (1996). The Design and Development of information products. *Sloan Management Review*.

Mitchel, P. (2009). Chapter 1. Defining Patient Safety and Quality Care. IN Barton, A. (2009). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. *Aorn Journal, 90*(4), 601-602.

Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance, 26*(3), 203-219.

Molina, L. M., Lloréns Montes, F. J., & Del Mar Fuentes Fuentes, M. (2004). TQM and ISO 9000 effects on knowledge transferability and knowledge transfers. *Total Quality Management & Business Excellence, 15*(7), 1001-1015.

Montani, S., & Bellazzi, R. (2002). Supporting decisions in medical applications: the knowledge management perspective. *International journal of medical informatics, 68*(1-3), 79-90.

Morr, C., & Subercaze, J. (2010). Knowledge management in healthcare. In *Handbook of research on developments in e-health and telemedicine: technological and social perspectives* (pp. 490-510). IGI Global.

Nedjat, S., Gholami, J., Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Maleki, K., & Majdzadeh, R. (2014). Research's Practice and Barriers of Knowledge Translation in Iran. *Iranian journal of public health, 43*(7), 968.

Neutens, T. (2015). Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*, 43, 14-27.

Nilakanta, S., Miller, L., Peer, A., & Bojja, V. M. (2009, January). Contribution of knowledge and knowledge management capability on business processes among healthcare organizations. In *System Sciences, 2009. HICSS'09. 42nd Hawaii International Conference on* (pp. 1-9). IEEE.

Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating*. New York, 304.

Nonaka, I. (2008). *The knowledge-creating company*. Harvard Business Review Press.

Nwabueze, U. (2011). Implementing TQM in healthcare: The critical leadership traits. *Total Quality Management*, 22(3), 331-343.

O'dell, C., & Grayson, C. J. (1998). If only we knew what we know: Identification and transfer of internal best practices. *California management review*, 40(3), 154-174.

Omerzel, D. G. (2010). The impact of knowledge management on SME growth and profitability: A structural equation modelling study. *African journal of business management*, 4(16), pp.3417.

Orzano, A. J., McInerney, C. R., Scharf, D., Tallia, A. F., & Crabtree, B. F. (2008). A knowledge management model: Implications for enhancing quality in health care. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 59(3), 489-505.

Pentland, D., Forsyth, K., Maciver, D., Walsh, M., Murray, R., & Irvine, L. (2014). Enabling integrated knowledge acquisition and management in health care teams. *Knowledge Management Research & Practice*, 12(4), 362-374.

Potter, C., & Brough, R. (2004). Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health policy and planning*, 19(5), 336-345.

Rasula, J., Vuksic, V. B., & Stemberger, M. I. (2012). The impact of knowledge management on organisational performance. *Economic and Business Review for Central and South-Eastern Europe*, 14(2), pp.147.

Riege, A. (2005). Three-dozen knowledge-sharing barriers managers must consider. *Journal of knowledge management*, 9(3), pp. 18-35.

Scarlat, E., Maracine, V., & Nica, A. (2007). Knowledge Management for Virtual Reality Applications in a Home Rehabilitation Virtual Network. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 5(4).

Shahmoradi, L., Safadari, R., & Jimma, W. (2017). Knowledge management implementation and the tools utilized in healthcare for evidence-based decision making: a systematic review. *Ethiopian journal of health sciences*, 27(5), 541-558.

Sharma, V., & Gupta, N. (2015). Systematic literature review of quality management in healthcare organisations: exploring and organising extant research using nVivo. *International Journal of Services and Standards*, 10(1-2), 2-16.

Shoo, R., Matuku, W., Ileri, J., Nyagero, J., & Gatonga, P. (2012). The place of knowledge management in influencing lasting health change in Africa: an analysis of AMREF's progress. *The Pan African medical journal*, 13(Suppl 1).

Siemsen, E., Roth, A. V., & Balasubramanian, S. (2008). How motivation, opportunity, and ability drive knowledge sharing: The constraining-factor model. *Journal of Operations Management*, 26(3), 426-445

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.

Solberg, L. I., Kottke, T. E., Brekke, M. L., Magnan, S., Davidson, G., Calomeni, C. A., & Nelson, A. F. (2000). Failure of a continuous quality improvement intervention to increase the delivery of preventive services. A randomized trial. *Effective clinical practice: ECP*, 3(3), 105-115.

Spender, J. C. (2015). Knowledge management: Origins, history, and development. In *Advances in Knowledge Management* (pp. 3-23). Springer, Cham.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457-502.

Η διαχείριση της γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας σε μονάδες υγείας.

Stewart, T. A. (2007). *The wealth of knowledge: Intellectual capital and the twenty-first century organization*. Crown Business.

Talib, F., Azam, M., & Rahman, Z. (2015). Service quality in healthcare establishments: A literature review. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 5(1-2), 1-24.

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2013). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2013.

Taner, M., Sezen, B., & Antony, J. (2007). An overview of six sigma applications in healthcare industry. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 20(4), 329-340.

Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E., ... & Straus, S. E. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, cmaj-140289.

Varkey, P., Reller, M. K., & Resar, R. K. (2007, June). Basics of quality improvement in health care. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 82, No. 6, pp. 735-739). Elsevier.

Walters, D., & Jones, P. (2001). Value and value chains in healthcare: a quality management perspective. *The TQM Magazine*, 13(5), 319-335.

WHO (World Health Organization). (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health system. [Online]. Διαθέσιμο από http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

[Πρόσβαση 13 Σεπτεμβρίου 2018]

Wiig, K. M. (1993). *Knowledge management foundations: thinking about thinking how people and organizations, represent, create and use knowledge*.