



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

**Η ΔΙΑΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΣΗΣ, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΩΝ
ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Του

ΠΑΝΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής

Σπύρος Αβδημιώτης

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη
διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος 2021



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- **Μοιραστείτε:** αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- **Προσαρμόστε:** αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- **Αναφορά Δημιουργού:** Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- **Μη Εμπορική Χρήση:** Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- **Παρόμοια Διανομή:** Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 27 Ιουλίου 2021

Ο Δηλών: Κωνσταντίνος Πανάς

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Σπύρο Αβδημιώτη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα της διπλωματικής εργασίας. Η συμπαράσταση, η βοήθεια και η καθοδήγησή του ήταν πολύτιμες. Κυρίως όμως η υπομονή και η κατανόησή του.

Επίσης, οφείλω πολλές ευχαριστίες και στα άλλα δύο μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής, τον καθηγητή κ. Θεόδωρο Καργίδη και την καθηγήτρια κα. Ευαγγελία Σταλικά, για την τιμή που μου έκαναν να συμμετέχουν στην κρίση της εργασίας.

Είμαι ευγνώμων στην οικογένειά μου για τη συμπαράσταση, τη στήριξη και κυρίως την υπομονή και την κατανόησή τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY.....	3
Η ΓΝΩΣΗ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ.....	4
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ.....	6
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΝΩΣΗΣ.....	7
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΗΣ.....	11
ΔΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΙΕΡΑΡΧΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ.....	16
ΡΗΤΗ ΚΑΙ ΑΡΡΗΤΗ ΓΝΩΣΗ.....	19
ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΝΩΣΗΣ SECI.....	23
Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	32
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	35
Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΝΗΣ(ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Η.Β.).....	38
ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	44
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΝΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ(ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ).....	51
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΒΜ.....	54
Η ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΒΜ.....	55
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΒΜ.....	57
ΕΒΜ:ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ.....	61
ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΒΜ.....	63
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΣΗ(ΡΟΛΑΝΥΙ),ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ.....	67
ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΒΜ ΑΠΟ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗΣ ΑΠΟΨΗΣ.....	70
ΠΟΙΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΟΙΑ ΓΝΩΣΗ.....	72
ΤΟ ΜΕΝΤΟΡΙΝΓ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	74
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΝΤΟΡΑ.....	76
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΝΤΕΕ.....	77
ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΣΤΥΛ ΜΕΝΤΟΡΙΝΓ.....	78
ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΜΕΝΤΟΡΙΝΓ.....	80
ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΕΝΤΟΡΙΝΓ.....	80
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια της γνώσης είναι υπό συζήτηση από τότε που ανακαλύφθηκε ο κόσμος, αλλά όλοι οι σπουδαίοι επιστήμονες αναγνωρίζουν την δύναμή της στην ανάπτυξη της ανθρωπότητας.

Με οργανωσιακούς όρους η γνώση θεωρείται ως know how ή ως εφαρμοσμένη δράση. Το τελευταίο είναι το σημαντικό σημείο. Οι σημερινοί οργανισμοί περιέχουν τεράστια αποθέματα γνώσης, και η διαχείριση της γνώσης στηρίζεται στην ιδέα ότι η γνώση των ανθρώπων του οργανισμού είναι ο πολυτιμότερος πόρος του. Αυτή η εστίαση στη γνώση είναι αποτέλεσμα της επιταχυνόμενης εξέλιξης της κοινωνίας ως ολότητας.

Η σημασία της διαχείρισης της γνώσης στους οργανισμούς υγείας είναι φανερή. Δύο τύποι γνώσης αναγνωρίζονται: η ρητή γνώση που μπορεί να συλληφθεί και να καταγραφεί και η άρρητη που είναι η γνώση που περιέχεται στα κεφάλια των ανθρώπων. Σύμφωνα με τον Polanyi η άρρητη γνώση εδράζεται στο υποσυνείδητο και υποστηρίζει τις συνειδητές πράξεις. Είναι σύμφυτη με τις εμπειρίες τις αξίες τα πιστεύω και τα συναισθήματα του ανθρώπου. «Ξέρουμε περισσότερα από αυτά που μπορούμε να πούμε» και το ερώτημα είναι πώς μπορούμε να μεταφέρουμε αυτόν τον τύπο της γνώσης. Οι Nonaka και Takeuchi δημιούργησαν το μοντέλο S.E.C.I., και περιέγραψαν τα τέσσερα στάδια της μεταφοράς της γνώσης.

Στο πολύπλοκο περιβάλλον των οργανισμών υγείας, η άρρητη γνώση μπορεί να γίνει πηγή καινοτομίας και δημιουργίας ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στην προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, άρα οι στρατηγικές διαχείρισης της γνώσης πρέπει να γίνουν συστατικά του τρόπου με τον οποίο δουλεύει ένας οργανισμός.

Η ιατρική ενημερώνεται με βάση επιστημονικές αρχές. Εξ' αιτίας της επιτυχίας της επιστημονικής ιατρικής και της πλατιάς αποδοχής της E.B.M., υπήρξε μια πρωτεραιοποίηση της εκπεφρασμένης γενικής γνώσης εις βάρος της άρρητης προσωπικής γνώσης. Το πρακτικό πρόβλημα αυτού του γεγονότος είναι η δημιουργία προκατάληψης στην κλινική πραγματικότητα. Η διαστασιακή οργάνωση της ιατρικής γνώσης που βασίζεται στην "Personal Knowledge" του Polanyi, μας επιτρέπει να αναγνωρίσουμε τους διαφορετικούς ρόλους που μπορεί να έχει η ιατρική γνώση, και να δημιουργήσουμε μια καινούρια ιατρική φιλοσοφία σχετικά με την προσωποποιημένη ιατρική γνώση. Η χρήση των ενδείξεων της έρευνας παραμένει μέρος της φιλοσοφίας αλλά χωρίς τους επιστημονικούς περιορισμούς.

Η σημασία του mentoring στην ιατρική εκπαίδευση είναι αναγνωρισμένη. Αυξάνει την απόδοση και την αφοσίωση, προάγει τις ευκαιρίες μάθησης, και ενθαρρύνει την διεπιστημονική συνεργασία.

SUMMARY

Knowledge meaning has debated since the world was invented, but all the great scientists recognized the power of knowledge in the evolution of humanity.

In organizational terms, knowledge is generally thought of as being “know how”, or “applied action”. The last point is an important one. Today’s organizations contain a vast amount of knowledge, and knowledge management is based on the idea that an organization’s most valuable resource is the knowledge of its people. The focus in knowledge is being derived by the accelerated rate of change in society as a whole.

The importance of knowledge management in health organizations is obvious. Two types of knowledge are identified in organizations: explicit that can be captured and written down in documents, and tacit which is the knowledge that people carry in their heads. According to Polanyi tacit knowledge lies in the subconscious and supports conscious acts. It is embedded in individual’s experience, values, beliefs and emotions. “We know more than we can tell” and the question is how the organizations can transfer this type of knowledge. Nonaka and Takeuchi built the S.E.C.I. model describing the four steps of knowledge transferring.

In the complex environment of health organizations, tacit knowledge can be a source of innovation and competitive advantage in offering high quality services, so knowledge management strategies must become embedded in the way health organizations work.

Medicine has been informed by scientific principles throughout history. Because of the success of modern medical science and the wide spread adoption of evidenced based medicine there was a prioritization of explicit-general knowledge over tacit and particular knowing. The practical problem of this in medicine is that it leads to a bias in clinical reality. The dimensional framework of medical knowledge based on Polanyi’s “Personal Knowledge”, allows us to recognize the different roles that medical knowledge can have and construct a new medical philosophy about the personalization of medical knowledge. The use of research evidence will remain part of this philosophy, however this must be tempered against science’s limitations.

The importance of mentorship within health care training is well recognized. It enhance workforce performance and engagement, promote learning opportunities and encourage multidisciplinary collaboration.

Η ΓΝΩΣΗ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ

Όλη η ιστορία της Δυτικής φιλοσοφίας από την αρχαία Ελλάδα ως σήμερα, διατρέχεται από το θεμελιώδες ερώτημα «τι είναι γνώση;». Κατά το πέρασμα των αιώνων, οι δύο κυρίαρχες επιστημολογικές προσεγγίσεις του ερωτήματος, ο ορθολογισμός των Πλατωνικών Ιδεών και της καθαρής λογικής, και ο εμπειρισμός του Αριστοτέλη, μέσω της αισθητηριακής αντίληψης των πραγμάτων, θα διαφωνούν έντονα, τόσο ως προς την πηγή της γνώσης, όσο και ως προς τον τρόπο, ή τη μέθοδο απόκτησής της. (Nonaka, 1995).

Ο σύγκρουση του Πλατωνικού «ορθολογισμού», με τον Αριστοτελικό «εμπειρισμό», συνεχίζεται διαμέσου της σύγκρουσης του Καρτεσιανού (René Descartes, 1596-1650) «μεθοδολογικού σκεπτικισμού», με τον Βρετανικό «εμπειρισμό» του Τζόν Λόκ (John Locke, 1632 - 1704). Ο «σκεπτόμενος εαυτός», είναι ανεξάρτητος από το σώμα, και η πραγματική του ύπαρξη είναι η μόνη που μπορεί να συναγάγει την απόλυτη αλήθεια. Κατά τον Καρτέσιο «σκέπτομαι άρα υπάρχω» (cogito, ergo sum).

Αντίθετα, κατά τον Λόκ, το ανθρώπινο μυαλό είναι «λευκό χαρτί» (tabula rasa), δεν φέρει προεγγεγραμμένες γνώσεις και έννοιες. Μόνο η εμπειρία μπορεί να δημιουργήσει γνώση μέσω των αισθήσεων και του στοχασμού.

Ο Κάντ (Immanuel Kant, 1724-1804) τον 18^ο αιώνα θα προσπαθήσει να συγκεράσει τις δυο τάσεις θεωρώντας πώς η γνώση προκύπτει από την συνεργασία της σκέψης και της αισθητηριακής αντίληψης, παρέχοντας η πρώτη έννοιες για την κατανόηση των εμπειριών και οργανώνοντάς τες στον χώρο και στο χρόνο. Η αισθητηριακή αντίληψη είναι ικανή αλλά όχι επαρκής συνθήκη, για την δημιουργία της γνώσης. Τα αντικείμενα γύρω μας που τα αντιλαμβανόμαστε μέσω του ακατέργαστου συνόλου των αισθητηριακών μας εμπειριών, πηγάζουν από πράγματα έξω από μας, που υπερβαίνουν τα όρια του εαυτού μας (υπερβατικός ιδεαλισμός).

Ο Χέγκελ (Georg Wilhelm Friedrich Hegel, 1770-1831), απορρίπτοντας την Καντιανή φιλοσοφία, υποστηρίζει ότι ο νούς και η ύλη, προέρχονται από το «Απόλυτο Πνεύμα» μέσα από μια συνεχή και διαλεκτική διαδικασία.

Η γνώση ξεκινά από την αντίληψη του κόσμου μέσω των αισθήσεων και μετατρέπεται σε ορθολογιστική και περισσότερο υποκειμενική διαμέσου μιας δυναμικής διαλεκτικής διαδικασίας που οδηγεί στην αυτοσυνειδησία του «Απόλυτου Πνεύματος» που είναι η υψηλότερη μορφή γνώσης. Η βάση της ανθρώπινης γνώσης αλλάζει από γενιά σε γενιά, εξελίσσεται, δεν υπάρχουν αιώνιες αλήθειες, η μόνη σταθερή βάση είναι η ίδια η ιστορία.

Ο Μάρξ (Karl Marx, 1818-1883) προσπαθεί να συγκεράσει τον ορθολογισμό με τον εμπειρισμό, χρησιμοποιώντας την διαλεκτική του Χέγκελ σε σχέση με τις κοινωνικές επιστήμες της εποχής του.

Κατά τον Μάρξ η αντίληψη των πραγμάτων προέρχεται από την αλληλεπίδραση του υποκειμένου με το αντικείμενο, μέσω μιας συνεχούς και διαλεκτικής διαδικασίας προσαρμογής. Η γνώση αποκτάται με την δράση και αποδεικνύεται στην πράξη.

Κατά τον 20^ο αιώνα ο Καρτεσιανός δυϊσμός αμφισβητείται, προσπαθώντας να δοθεί σημασία σε κάποια μορφή αλληλεπίδρασης μεταξύ του σκεπτόμενου εαυτού και του αντικειμένου, μέσω της συνειδητής εμπειρίας, αναζητώντας τη γνώση.

Ο Γερμανός φιλόσοφος Έντμουντ Χούσερλ (Edmund Husserl, 1859 – 1938), θέτει τα θεμέλια της φαινομενολογίας, δηλαδή της φιλοσοφικής διερεύνησης της συνειδητότητας του εαυτού μας και του περιβάλλοντος.

Διερευνά τα φαινόμενα, αυτά που γίνονται συνειδητά μέσω των αισθήσεων και απορρίπτει την ύπαρξη πραγμάτων «αυτού καθ'εαυτόν» που είναι πέρα από τα όρια της ανθρώπινης συνειδητότητας (υπερβατικός ιδεαλισμός του Κάντ). Εστιάζει στην άμεση εμπειρία για την απόκτηση της γνώσης και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του υπαρξισμού στην Γαλλία και στην Γερμανία.

Ο Μάρτιν Χάιντεγκερ (Martin Heidegger, 1889 - 1976), μαθητής του Χούσερλ, αναλύει την ύπαρξη μας στον κόσμο χρησιμοποιώντας την φαινομενολογική προσέγγιση του δασκάλου του. Υπάρχουμε όταν παράγουμε κάτι ή χρησιμοποιούμε κάτι. Αυτές οι δράσεις εμπεριέχουν γνώση, και ο συνδυασμός τους αναιρεί τον σκεπτόμενο και απομονωμένο εαυτό του Καρτέσιου.

Το κίνημα του υπαρξισμού υπερτονίζει την απόκτηση γνώσης μέσω της σκόπιμης πράξης, «ύπαρξη σημαίνει πράξη» κατά τον Σαρτρ (Jean-Paul Charles Aymard Sartre, 1905-1980).

Αναλόγως και ο Μορίς Μερλό-Ποντύ (Maurice Merleau-Ponty, 1908-1961), θεωρεί ότι μόνο μέσω του σώματος μπορούμε να κατανοήσουμε τα πράγματα και τους άλλους ανθρώπους.

Ένα άλλο φιλοσοφικό κίνημα, η αναλυτική φιλοσοφία, ασχολήθηκε με την γλώσσα που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τα φαινόμενα, θεωρώντας την πως αντιστοιχεί πλήρως στη λογική. Άρα αυτά για τα οποία δεν μπορούμε να μιλήσουμε τα προσπερνάμε σιωπηλά. Αυτό υποστήριξε στην αρχή ο Βίντγκενστάιν (Ludwig Wittgenstein, 1889-1951), αργότερα όμως υποστήριξε ότι η γνώση είναι πράξη που σκοπεύει να επιφέρει αλλαγές στα πράγματα.

Ακόμα και στα πλαίσια του Αμερικάνικου πραγματισμού υπερτονίζεται η σχέση γνώσης και δράσης. Η ιδέα είναι αληθινή όταν έχει αποτέλεσμα (William James, 1842-1910, Pragmatism, 1907). Αυτή η θεώρηση αναπτύχθηκε από τον Ντιούι (Dewey, 1929), και συνεχίζει ως σήμερα να αποτελεί την βασική αντίληψη της Αμερικάνικης κρατικής οντότητας.

Από την άλλη μεριά λιγότερα είναι γνωστά σε σχέση με την θέση και αντιμετώπιση της γνώσης στην Ανατολική και δή στην Ιαπωνική σκέψη. Επικρατεί μια παράδοση που συνδυάζει χαρακτηριστικά του Βουδισμού, Κουμφουκιανισμού και των Δυτικών φιλοσοφιών και χαρακτηρίζεται από τις αντιλήψεις για:

- 1.Ενότητα ανθρώπου και φύσης
- 2.Ενότητα σώματος και νού.
- 3.Ενότητα εαυτού και άλλου.

Οι Ιάπωνες σκέφτονται μέσω παραστάσεων, αντιλαμβάνονται το χρόνο όχι ως ακολουθία, αλλά ως ένα διαρκώς εναλλασσόμενο παρόν, και σύμφωνα με τον Νισίντα, (Nishida, 1990) η τέλεια αλήθεια δεν εκφράζεται με λέξεις. Το ιδεώδες είναι η πραγμάτωσή τους μέσω των άλλων. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την βάση για την γνωστική τους φιλοσοφία, την προέλευση, απόκτηση αλλά και για τη δημιουργία της γνώσης και την διαμόρφωση των διοικητικών τους πρακτικών (Nonaka, 1995).

ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

Αλλά και η ίδια η έννοια της γνώσης, άλλαζε και έπαιρνε το νόημα που αντιστοιχούσε στις δυνατότητες και τις ανάγκες, για την αντίληψή της με συγκεκριμένο τρόπο, σε συγκεκριμένο περιβάλλον και συγκεκριμένη εποχή. Η αρχική αντίληψη της γνώσης ως αυτογνωσίας και επιδίωξης της ένταξης σε ένα κοινωνικό σύνολο, ζώντας μια ενάρετη ζωή, ήταν η συνέχεια της κλασσικής Ελληνικής θεώρησης και απαντάται μέχρι τον Μεσαίωνα.

Ήταν γνώση εξαρτημένη από το περιβάλλον, και περιείχε αξίες, διαισθητικές αντιλήψεις, συναισθήματα.

Με την είσοδο της μηχανής στη ζωή των ανθρώπων αλλάζει και η έννοια της που αποκτά έντονα χρηστικό νόημα. Απέκτησε περιεχόμενο δίνοντας αποτελέσματα με την χρήση της. Απέκτησε αρχές και περιβλήθηκε με αφηρημένες έννοιες. Εμφανίστηκε η επιστήμη και η θεωρία.

Βασικό γεγονός που επισημαίνει ο Drucker (1993), και σηματοδοτεί την αλλαγή στην έννοια και το περιεχόμενο της γνώσης, η έκδοση της Εγκυκλοπαίδειας στη Γαλλία(Diderot and d'Alembert 1751-1772).Η εμπειρία γίνεται γνώση, η μαθητεία βιβλίο, το απόρρητο μεθοδολογία, η πράξη εφαρμοσμένη γνώση, (Drucker, 1993).Για πρώτη φορά δημιουργείται ένα χρηστικό εγχειρίδιο με τις αρχές λειτουργίας του υπάρχοντος κόσμου.

Από τα προϊστορικά χρόνια μέχρι την σημερινή εποχή της τεχνολογίας, της οικονομίας, και της πληροφορίας, η γνώση είναι ο καταλύτης, που στη διάρκεια του χρόνου, άλλοτε εμπειρικά και άλλοτε ορθολογικά, όπου τα τεχνολογικά επιτεύγματα και το ανθρωπογενές

περιβάλλον το επιτρέπουν, συνθέτουν αυτό που σήμερα ονομάζουμε επιστήμη, (Αβδημιώτης, 2020).

Η κοινωνίες αλλάζουν και εξελίσσονται μέσα στο χρόνο. Η μεταπολεμική βιομηχανική κοινωνία, μεταμορφώθηκε σε κοινωνία των υπηρεσιών, της πληροφορίας, και τελευταία της εμπειρίας, και της δημιουργίας γνώσης με διαφορετικούς τρόπους.

Ο Ντράκερ (Peter F. Drucker, 1909-2005), ήταν από τους πρώτους στοχαστές που αναφέρθηκε στην «εργασία της γνώσης» και στον «εργάτη γνώσης» από το 1960 ακόμη. Υποστηρίζει πώς βασικός οικονομικός πόρος δεν είναι πια το κεφάλαιο, οι φυσικοί πόροι ή η εργασία «αλλά είναι και θα είναι η γνώση», και κεντρικό ρόλο θα παίζουν οι «εργάτες γνώσης», (Drucker, 1993).

Προφητικά θεωρεί μεγαλύτερη πρόκληση για τα διευθυντικά στελέχη μιας οργάνωσης, την αύξηση της παραγωγικότητας των εργατών γνώσης, και την δημιουργία συστημάτων αυτομετασχηματισμού της, εγκαταλείποντας την απαρχαιωμένη γνώση και δημιουργώντας νέες πραγματικότητες. Αυτό θα καθορίσει κατά τον Ντράκερ, όχι μόνο την ανταγωνιστική ισχύ της επιχείρησης αλλά και την διάρθρωση της κοινωνίας και την ποιότητα ζωής στις βιομηχανοποιημένες χώρες για αρκετές δεκαετίες, (Nonaka, 1995).

Στην σύγχρονη εποχή, που χαρακτηρίζεται από διαρκείς, απρόβλεπτες, και δυστοπικές πολλές φορές αλλαγές και ανακατατάξεις σε τεχνολογικό, και κυρίως κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εκτενής αποσυγκεκριμοποίηση της γνώσης, την καθιστά θεωρητική, κωδικοποιημένη, και της δίνει κεντρικό ρόλο στη λειτουργία της σύγχρονης(μεταμοντέρνας), κοινωνίας.

Η γνώση είναι αναγκαία στη λειτουργία κάθε κοινωνίας. Στην μεταβιομηχανική κοινωνία έχει αλλάξει ο χαρακτήρας της γνώσης. Η θεωρητική γνώση έχει κεντρικό ρόλο, στην οργάνωση των αποφάσεων, και στην κατεύθυνση της αλλαγής, υπερέχει του εμπειρισμού, και κωδικοποιείται σε συστήματα συμβόλων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απεικόνιση ποικίλων περιοχών εμπειρίας, (Bell, 1999).

Τα παραγόμενα «προϊόντα» περιέχουν όλο και περισσότερη θεωρητική γνώση και καταβάλλεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των διεργασιών της οργάνωσης. Είναι η μετανεωτερική κοινωνία της θεωρητικής γνώσης. Θα επανέλθουμε όμως αργότερα από μια διαφορετική οπτική.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΝΩΣΗΣ

Η Διαχείριση Γνώσης διαμορφώθηκε ως συντελεστής της διοίκησης για την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του γνωστικού κεφαλαίου του οργανισμού. Επιστημολογικά υποστηρίζεται από διαφορετικές επιστήμες, συμπληρωματικές της επιστήμης της Διοίκησης.

Κατά τους Cong και Pandya (2003), η Διαχείριση Γνώσης βελτιώνει σε ατομικό επίπεδο τους εργαζόμενους, αλλά προσφέρει οφέλη και σε οργανωσιακό επίπεδο:

- 1.Αύξηση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας της ποιότητας, και της καινοτομίας της οργάνωσης.
- 2.Λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις, εξορθολογοποιούν τις διαδικασίες, μειώνουν τα λάθη και καινοτομούν.
- 3.Η γνώση θεωρείται περιουσιακό στοιχείο του οργανισμού, άρα αυξάνεται η αξία του.
- 4.Ο οργανισμός αποκτά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, γιατί η γνώση θεωρείται πηγή δημιουργίας αξίας, (Ρωσσίδης Ι.Φ. , Ασπρίδης Γ.Μ. 2017).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 90, όταν ο όρος του Knowledge management καθιερώνεται από τους Nonaka και Takeuchi(πρώτη αναφορά από τον Wiig το 1986 σε ομιλία του στον Ο.Η.Ε. στην Ζυρίχη), η αξιοποίηση του κεφαλαίου γνώσης, επικεντρώνεται στην οργανωσιακή συμπεριφορά του ανθρώπινου δυναμικού και χρησιμοποιούνται προσεγγίσεις της ψυχολογίας σε τομείς όπως η ηγεσία, η συνεκτικότητα των ομάδων, η διαχείριση της σύγκρουσης, κτλ, έχοντας ως σκοπό τη αποδοτικότητα της εργασίας, μέσα από την αποτελεσματική μεταφορά της γνώσης. Αυτοί οι οργανισμοί, αξιοποιούν καλύτερα το ανθρώπινο κεφάλαιο, επιτυγχάνουν περισσότερη καινοτομία, έχουν πιο ικανοποιημένους πελάτες, και προβλέπουν καλύτερα τις τάσεις της αγοράς, (Αβδημιώτης Σ.,2020).

Από τις αρχές του 2000, η γνώση θεωρείται ο σπουδαιότερος πόρος του οργανισμού, και αυτή που δημιουργεί για τον οργανισμό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω της ανάπτυξης των ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, (Mintzberg, 2001b).

Θεωρείται σημαντικότερη επένδυση από τον πάγιο εξοπλισμό της επιχείρησης. Ο Porter στο βιβλίο του για το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα,(Competitive Advantage:Creating and Sustaining Superior Performance), διαμορφώνει την έννοια του οργανωσιακού κεφαλαίου γνώσης(Organizational Knowledge Capital), και μας εισάγει στη νέα εποχή.

Έτσι ένας οργανισμός θέτει στόχους που η επίτευξή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από τη γνώση που κεφαλαιοποιείται στον οργανισμό,(Αβδημιώτης, Σ.,2020).

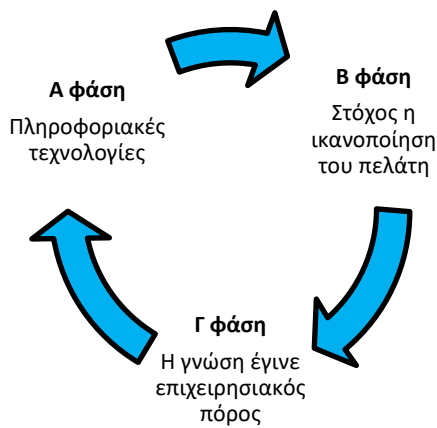
Ο Karl Sveiby σπουδαίος θεωρητικός της Διαχείρισης Γνώσης λαμβάνοντας υπ' όψιν την άυλη φύση της γνώσης αναγνωρίζει την δυσκολία της διαχείρισής της, και προτείνει τον όρο του Knowledge Focused Manager, αντί του Knowledge manager, «to manage the environment in which knowledge is created», (Sveiby K.E., 2001).

Ο ίδιος χωρίζει την βιβλιογραφία σε τρεις φάσεις. Από τα μέσα της δεκαετίας του '60 έως τα μέσα του '80, όπου υπάρχει η συνεχής προσπάθεια αύξησης της παραγωγικότητας, και ελέγχου του μεγάλου όγκου πληροφοριών που η ταχύτερη ανάπτυξη της τεχνολογίας δημιουργούσε.

Κατά την 2^η φάση από τα μέσα του '80, το ενδιαφέρον μετακινείται από την παραγωγή στην αγορά, και επικεντρώνεται στην προσπάθεια ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών. Το κεφάλαιο της γνώσης πρωτοχρησιμοποιείται για τη διερεύνηση των προτιμήσεων και της συμπεριφοράς των πελατών.

Από τα μέσα του '90, μπαίνουμε στην κοινωνία της γνώσης, που αποτελεί τον βασικό οικονομικό πόρο των επιχειρήσεων και είναι το βασικό εχέγγυο δημιουργίας ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, (Αβδημιώτης Σ., 2020).

Σχηματικά οι τρεις φάσεις διαχείρισης της γνώσης κατά τον Sveiby (2001), μπορούν να απεικονιστούν στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 1.):



Σχήμα 1. Οι φάσεις διαχείρισης της γνώσης κατά Sveiby, (Αβδημιώτης, 2020).

Δεν υπάρχει συμφωνία σε έναν κοινό ορισμό της Διαχείρισης Γνώσης, από την αναδίφηση της βιβλιογραφίας, και αυτό μάλλον είναι αναμενόμενο αφού δεν είναι δυνατή η εφαρμογή τεχνικών και συστημάτων ή τεχνολογίας σε κάτι που δεν είναι χειροπιαστό, και εν μέρει βρίσκεται στο μυαλό των ανθρώπων.

Κατά τον Wiig είναι ένα πλαίσιο εννοιών που καλύπτει όλες τις διαδικασίες που απαιτούνται για την δημιουργία, επεξεργασία, και την απόκτηση πλεονεκτήματος, από το γνωστικό κεφάλαιο του οργανισμού, (Wiig, 1995).

Κατά τον Malhorta είναι ένα πλαίσιο στο οποίο όλες οι διαδικασίες του οργανισμού, αντιμετωπίζονται ως διαδικασίες γνώσης, (Malhorta , 1997).

Μια άποψη που παρουσιάζει τη γνώση σαν επιχειρηματικό πόρο περισσότερο, είναι του Allee σύμφωνα με την οποία «η διαχείρισή της δεν είναι τίποτα λιγότερο από γνώση που αφήνεται ελεύθερη να βρεί το μονοπάτι της μέσα στον οργανισμό», (Allee , 1997).

Περίπου το ίδιο πιστεύει και ο Kidwell: «η πρόκληση της διαχείρισης της γνώσης είναι να καταστεί η σωστή γνώση διαθέσιμη στους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο», (Kidwell ,2000).

Γενικά στη σημερινή πραγματικότητα η διαχείριση της γνώσης θεωρείται μια οργανωσιακή πρακτική που με την βοήθεια της πληροφορικής, τα αντλούμενα δεδομένα μετατρέπονται σε πληροφορία και στη συνέχεια σε γνώση, που διαμορφώνει συμπεριφορές και οδηγεί στην λήψη αποφάσεων, μέσω της σταθερής αλλαγής σκέψεων και αντιλήψεων, στα πλαίσια του οργανισμού που μαθαίνει, (Πολύζος, 2014).

Ο Nonaka που εισήγαγε τον όρο θεωρεί πως η Διαχείριση Γνώσης είναι η τέχνη να δημιουργείται αξία από μη απτά πράγματα, με σκοπό την επίτευξη των οργανωσιακών και επιχειρηματικών στόχων, (Αβδημιώτης , 2020).

Υπάρχει σχετική ομοφωνία ως προς τη χρησιμότητα-αναγκαιότητα της Διαχείρισης Γνώσης, με τις ενστάσεις να αφορούν κυρίως στο κόστος που αυξάνεται, από την επένδυση σε συστήματα διαχείρισης, λόγω του κόστους του τεχνολογικού εξοπλισμού, της αναπροσαρμογής των δομών και του στρατηγικού προσανατολισμού, του κόστους των προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού, της αναγκαιότητας να καμφθούν οι αντιστάσεις στις επερχόμενες αλλαγές κ.α., (Ρωσσίδης, Ασπρίδης, 2017).

Σύμφωνα με τον Stan Garfield υπάρχουν 15 λόγοι που καθιστούν την Διαχείριση Γνώσης αναγκαιότητα:

- 1.Επιτρέπει ταχύτερη και αρτιότερη λήψη αποφάσεων.
- 2.Διευκολύνει την εύρεση πληροφοριών και πόρων.
- 3.Επαναχρησιμοποίηση ιδεών, εγγράφων και τεχνογνωσίας.
- 4.Αποφυγή περιττής προσπάθειας.
- 5.Αποφυγή επανάληψης του ίδιου λάθους.
- 6.Αξιοποίηση των υφιστάμενων ειδικών γνώσεων και εμπειριών.
- 7.Επικοινωνία των σημαντικών πληροφοριών με ταχύτητα.
- 8.Πρωθεί πρότυπα, επαναλαμβανόμενες διαδικασίες και κανόνες.
- 9.Παροχή μεθόδων, εργαλείων, μοτίβων, τεχνικών και παραδειγμάτων.
- 10.Κάνει την σπάνια τεχνογνωσία ευρέως διαθέσιμη.
- 11.Υποδεικνύει την χρήση της γνώσης στους πελάτες για δικό τους όφελος.
- 12.Επιταχύνει την παράδοση στους πελάτες.

- 13.Ενεργοποιεί την μόχλευση σε όλη την έκταση του οργανισμού.
- 14.Καθιστά τις καλύτερες εμπειρίες επίλυσης προβλημάτων ανακυκλώσιμες.
- 15.Καινοτομία, τόνωση και ανάπτυξη.

(Garfield, 2014), (Ρωσσίδης, Ασπρίδης, 2017).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

Οι λειτουργίες της Διαχείρισης Γνώσης κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες, που βοηθά στον καθορισμό της σχετιζόμενης τεχνολογίας και διοικητικής πρακτικής που απαιτούνται για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος Διαχείρισης Γνώσης (Tinawa, 2001).

- Απόκτηση γνώσης
- Αποθήκευση και οργάνωση της γνώσης
- Ανακάλυψη και δημιουργία της γνώσης
- Διάχυση και καταμερισμός της γνώσης
- Αξιοποίηση και χρήση της γνώσης.

Χαρακτηριστικό τους ότι δεν διαδέχονται απαραίτητα το ένα το άλλο, αλλά μπορεί να λειτουργούν και παράλληλα. Όλες οι κατηγορίες έχουν την ίδια σημασία στην επίτευξη της διαχείρισης, (Νικολιάς, 2008).

A.Κατά τον James Quinn, (1996), η αποκτούμενη γνώση κατατάσσεται σε σειρά φθίνουσας σημασίας σε τέσσερα επίπεδα:

1.Care-why.

Είναι η γνώση που ενυπάρχει στην κουλτούρα του οργανισμού, και δημιουργήθηκε από τα προσωπικά κίνητρα των στελεχών του. Δεν μπορεί να υποστηριχθεί από το σύστημα διαχείρισης.

2.Know-why.

Αντιστοιχεί στην γνώση των πολύπλοκων σχέσεων αιτίου-αιτιατού που είναι προϋπόθεση για επίλυση προβλημάτων και την ανάληψη σημαντικών ευθυνών.

3.Know-how.

Είναι η ικανότητα των ανθρώπων να μετατρέπουν την θεωρητική γνώση σε πράξη. Αποκτάται από την συστηματική έκθεση προβλημάτων στον πραγματικό κόσμο και την εξαγωγή συμπερασμάτων.

4.Know-what.

Είναι απαραίτητη αλλά ανεπαρκής βάση για ανταγωνισμό. Είναι διορατική γνώση, ξέρουμε τι να κάνουμε αλλά δεν το έχουμε κάνει ποτέ πριν στην πραγματικότητα, (Quinn, 1996).

Β. Η αποθήκευση και οργάνωση της γνώσης αναφέρεται στην αποθήκευση, την ερμηνεία, την κωδικοποίηση, την ευρετηριοποίηση, την ομαδοποίηση, την αρχειοθέτηση, και τη διασύνδεση με το περιεχόμενό της. Τα συμφραζόμενα και το περιβάλλον της γνώσης πρέπει να αποθηκεύονται μαζί της (διαφορά με την αποθήκευση της πληροφορίας).

Μπορούμε να έχουμε περισσότερους από έναν αποθηκευτικούς χώρους, ανάλογα με το περιεχόμενο κάθε γνώσης. Οι χώροι πρέπει να επικοινωνούν μεταξύ τους για την μεταφορά και μετατροπή της γνώσης. Τα είδη της αποθηκευμένης γνώσης μπορεί να είναι:

- Έννοιες, κατηγορίες, ορισμοί, υποθέσεις. **Επεξηγηματική γνώση.**
- Διαδικασίες, δράσεις, δραστηριότητες. **Διαδικαστική γνώση.**
- Αιτιολογίες αποφάσεων, εναλλακτικών λύσεων, συνέπειες δραστηριοτήτων. **Περιστασιακή γνώση.**
- Παραμέτρους λήψεων αποφάσεων, υποθέσεις, ανεπίσημη γνώση, σημειώσεις, σχόλια, συζητήσεις. **Συμφραζόμενα.**

Γ. Η ανακάλυψη και δημιουργία γνώσης αναφέρεται σε όλες τις δραστηριότητες που δημιουργούν γνώση σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, με σκοπό τη δημιουργία διαδικασιών που λύνουν προβλήματα. Η γνώση ενός οργανισμού είναι συνήθως σε κείμενα και όχι σε δομημένη μορφή. Με τεχνικές εξόρυξης κειμένων (text mining), είναι δυνατό να βελτιστοποιηθεί η ανάλυση και μαθησιακή διαδικασία, καθώς η ουσιαστική γνώση που περιέχει ένα έγγραφο καλύπτει συνήθως το 20% του όγκου του.

Δ. Η διάχυση και ο καταμερισμός της γνώσης έχει να κάνει με τους μηχανισμούς διάδοσης και κατανομής προς κάθε ενδιαφερόμενο. Οι υποδομές που υποστηρίζονται από την πληροφορική, διευκολύνουν την ανταλλαγή γνώσης, και συνδέουν τα στελέχη μέσω ενός δικτύου. Έτσι δημιουργείται χρονικό και ποιοτικό πλεονέκτημα, και αυξάνεται η ικανοποίηση των πελατών.

Ε. Η αξιοποίηση και χρήση της γνώσης αναφέρεται στην περίοδο μετά την μαθησιακή διαδικασία, και συνήθως παράλληλα με τη διάχυση της. Υπάρχει η πιθανότητα ότι χωρίς συνεχή χρήση ένα σύστημα διαχείρισης θα καταρρεύσει ποιοτικά. Ο πιθανός χρήστης, πρέπει να δει κάποιο πραγματικό πλεονέκτημα για να αλλάξει την συμπεριφορά του και να υιοθετήσει τη γνώση. Για την αποφυγή τέτοιων κινδύνων το σύστημα διαχείρισης:

- ❖ Πρέπει να είναι αποδεκτό από όλους και όχι μόνο από το περιβάλλον που το δημιούργησε.
- ❖ Να επιτρέπει και να στηρίζει την επικοινωνία μέσα και έξω από τον οργανισμό.
- ❖ Να υποστηρίζει συγκεκριμένους τρόπους μεταφοράς ιδεών, εννοιών, γνωμών και απόψεων ενός του οργανισμού.

- ❖ Ο χρήστης του συστήματος δεν πρέπει να νοιώθει ότι χρησιμοποιεί το σύστημα αναγκαστικά.
- ❖ Το σύστημα πρέπει να υποστηρίζει και ανεπίσημους κώδικες συμπεριφοράς και επικοινωνίας, για ευκολότερη ενσωμάτωση των εργαζομένων σε αυτό. (Μπαλής, 2007).

Κατά τον Bhatt (2001), οι λειτουργίες διαχείρισης της γνώσης περιλαμβάνουν:

A. Δημιουργία γνώσης.

Προϋποθέτει ανταλλαγή απόψεων, σκέψεων, εμπειριών προβληματισμών μεταξύ των εργαζομένων ή όταν κάποιος μαθαίνει κάτι για πρώτη φορά. Η γνώση μπορεί να προέρθει από:

Τμήματα έρευνας και ανάπτυξης

Μέσω ομάδων σκέψης, ανταλλαγής επιχειρημάτων, ομάδων ποιότητας, brainstorming κ.α.

Από τους πελάτες και τους προμηθευτές.

Με την αξιοποίηση της διαφορετικότητας από τη διοίκηση.

Από την ανάπτυξη ανάλογης κουλτούρας.

Από την εξαγορά-προσεταιρισμό εταιριών που έχουν άλλες μορφές γνώσης.

Από συνεργασία με εξωτερικούς συνεργάτες και ιδρύματα έρευνας.

B. Επιβεβαίωση γνώσης.

Είναι μια συνεχόμενη διαδικασία επικαιροποίησης, με επαναπροσδιορισμό δεδομένων και πληροφοριών, δια της συνεχούς αλληλεπίδρασης των μερών του οργανισμού.

Γ. Κωδικοποίηση γνώσης.

Παρουσίαση και αποθήκευση με συγκεκριμένο τρόπο ώστε να μην υπάρχουν συγχύσεις ή παρανοήσεις, με δυνατότητα συνδυασμού για παραγωγή νέας γνώσης.

Δ. Διάχυση γνώσης.

Η γνώση διαχέεται σε όλο τον οργανισμό και ανταλλάσσεται μεταξύ των εργαζομένων. Είναι αποτέλεσμα συνεχούς αλληλεπίδρασης τεχνολογίας, διαδικασιών και ανθρώπων. Η διάχυση από την κορυφή της διοικητικής ιεραρχίας προς τα κάτω, δεν θεωρείται αποτελεσματική. Αντίθετα η οριζόντια διάχυση, μεταξύ των εργαζομένων, αυξάνει την αλληλεπίδραση, και έμμεσα τις δυνατότητες επαναξιολόγησης της γνώσης.

Διαδικασίες που το επιτυγχάνουν είναι η περιγραφή καθηκόντων, οι γραπτές αναφορές, οι παρουσιάσεις, η εναλλαγή θέσεων, οι διαλειτουργικές ομάδες, η παράθεση επιτυχημένων ή αποτυχημένων πρακτικών και διαδικασιών του παρελθόντος.

Ε. Εφαρμογή γνώσης.

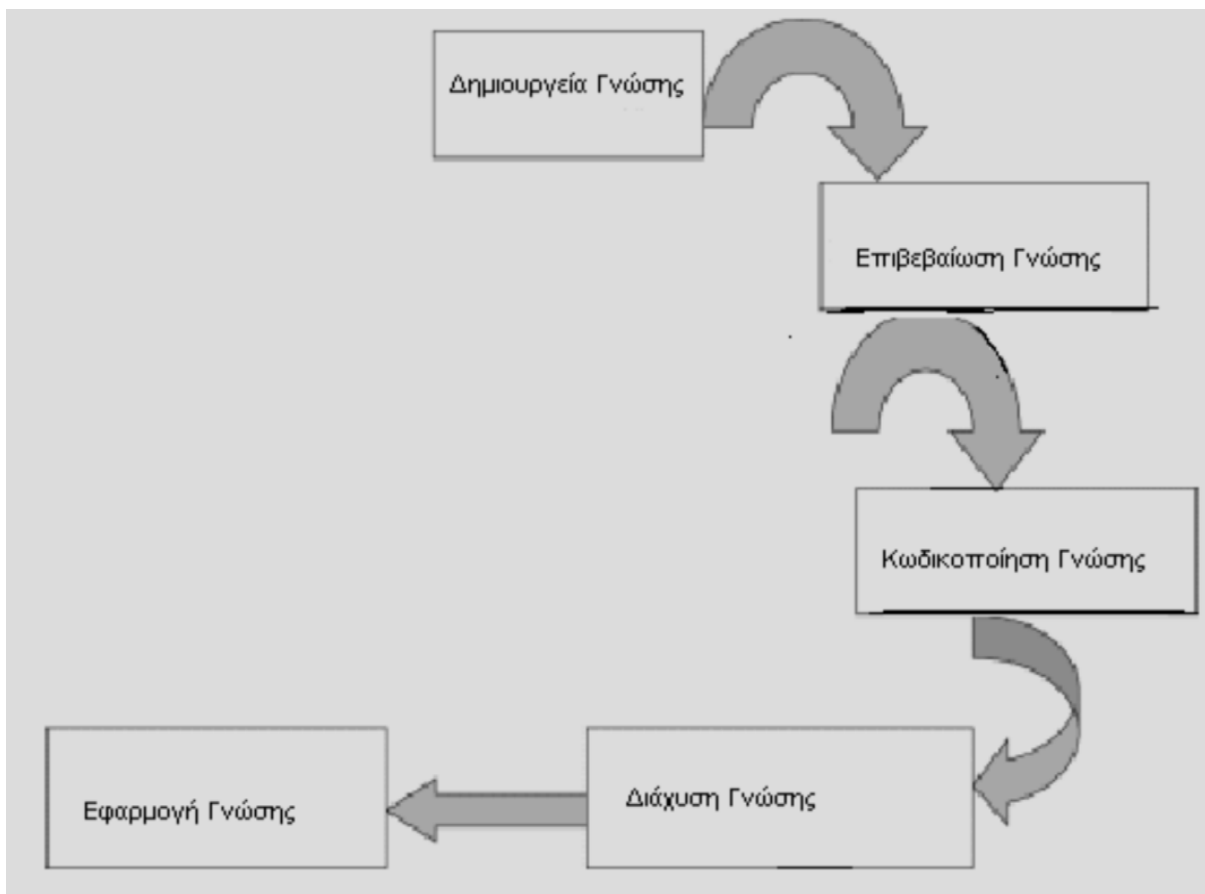
Η εφαρμογή της γνώσης στα προϊόντα τις διαδικασίες και τις υπηρεσίες ενός οργανισμού.

Πραγματοποιείται μέσα από:

Βάσεις δεδομένων, δηλαδή τη συγκέντρωση δεδομένων από πελάτες, προμηθευτές, πρακτικά συναντήσεων, αναφορές, μελέτες, που δύνανται να αναλυθούν να συνδιαστούν και να αξιοποιηθούν.

Χαρτογράφηση των γνώσεων, εξειδικευμένων ή μη, των δεξιοτήτων, και των προσόντων του ανθρώπινου κεφαλαίου του οργανισμού.

Δίκτυα γνώσεων, ατομικά ή οργανωσιακά, όπως chatting, talk rooms, e-learning, learning groups, best practices, διαλειτουργικές ομάδες εργασίας. (Ξυροτύρη-Κουφίδου, 2010)



Σχήμα 2. Λειτουργίες Διαχείρισης της γνώσης, (Bhatt, 2001)

Έχουν αναπτυχθεί πέντε υποσυστήματα ως βασικές υπομονάδες ενός συστήματος διαχείρισης γνώσης με διαφορετικό σύνολο τμημάτων το καθένα, (Mc Nabb, 2007).

A. Υποσύστημα Πληροφοριακών Διεργασιών.

Υποστηρίζει την ατομική και οργανωσιακή μάθηση που είναι και απώτερος στόχος σε έναν οργανισμό. Περιλαμβάνει τον εξοπλισμό (hardware) και το λογισμικό (software), που είναι απαραίτητα για την μετατροπή των δεδομένων σε πληροφορίες και των πληροφοριών σε γνώση. Η σχετικές τεχνολογικές εφαρμογές πρέπει να είναι φιλικές προς τον χρήστη, να είναι απλές, εύχρηστες και αποτελεσματικές. Να επιτρέπουν την μεταφορά και ανταλλαγή συναισθηματικών «εκφάνσεων», π.χ. γνώμης, αντιλήψεων, προκαταλήψεων κ.α.

Να υποστηρίζουν μορφές ανεπίσημης επικοινωνίας, και να μην επιβάλλεται η εφαρμογή τους, (Gamble, 2004).

B. Υποσύστημα Κοινωνικών Διεργασιών.

Αναφέρεται στη συλλογή, μετάδοση και ανταλλαγή γνώσεων. Ο οργανισμός επενδύει στην τεχνολογία, και οι κοινωνικές διεργασίες την ενσωματώνουν στις διαδικασίες. Οι διεργασίες αυτές είναι αυτές που αναπτύσσονται στις θεωρίες μεταφοράς της άρρητης γνώσης και προέρχονται από τους Nonaka και Takeuchi, (Nonaka I. &, 2003).

Έτσι για την ανάπτυξη της γνώσης χρησιμοποιούνται διαδικασίες δημιουργίας και συστήματα συνδυασμού της γνώσης.

Για την μετάδοση χρησιμοποιούνται συστήματα μετάδοσης πληροφοριών μέσω διαδικτύου(internet), ενδοδικτύου (intranet), και ηλεκτρονικών πινάκων ανακοινώσεων(bulletin boards).

Για την μετάδοση της γνώσης χρησιμοποιείται η οριζόντια συνεργασία και η κάθετη ενσωμάτωση,(vertical integration), (Τσαγκαλίδου, 2011).

Γ. Υποσύστημα ανθρώπινης αλληλεπίδρασης.

Υποστηρίζει και υπολογίζει την δημιουργία συλλογή και κοινή χρήση την γνώσης. Δημιουργούνται μηχανισμοί με την βοήθεια της τεχνολογίας:

Έλεγχοι γνώσης(knowledge audits). Οι συστηματική ανάλυση της κυριότητας, της χρήσης και των ροών της γνώσης εντός οργανισμού, που χαρτογραφεί τις ανάγκες για γνώση των χρηστών και ολόκληρου του οργανισμού.

Κοινότητες πρακτικής(Communities of practice). Είναι ευέλικτες ομάδες, που δημιουργούνται βάση κοινών ενδιαφερόντων, έχουν κοινό σκοπό και μιλάνε την ίδια γλώσσα, αλληλεπιδρούν με αλληλοεξαρτώμενες εργασίες, και αναπτύσσουν κοινά χαρακτηριστικά καθώς χρησιμοποιούν κοινές πρακτικές και πηγές, (Καρύδη, 2010).

Μητρώα γνώσης(knowledge registries), (Τσαγκαλίδου, 2011).

Δ. Υποσύστημα συλλογικής κουλτούρας.

Περιλαμβάνει όλες τις εφαρμογές που σχεδιάστηκαν για να βελτιωθούν τα προϊόντα και οι υπηρεσίες ενός οργανισμού, καθώς και αυτές που στόχευαν στη βελτίωση των εσωτερικών διεργασιών, των διαδικασιών, και των μηχανισμών παροχής υπηρεσιών.

Στόχος η δημιουργία νέας κουλτούρας ανάπτυξης συνεργασίας και διαμοιρασμού της γνώσης, αποδοχής των αλλαγών, που τελικά θα δημιουργήσει νέα γνώση και θα αυξήσει την αξία των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Ε. Υποσύστημα οργανωσιακής μάθησης.

Η επιχείρηση που μαθαίνει (learning organization), ως έννοια αναπτύχθηκε στις Η.Π.Α. και διαδόθηκε στον υπόλοιπο κόσμο, (Ρωσσίδης, Ασπρίδης, 2017).

Είναι η συνεχής βελτίωση της λειτουργίας ή της δράσης, μέσω των κοινών γνώσεων, νοημάτων και κατανοήσεων, με σκοπό τη δημιουργία νέων κοινών γνωστικών αντικειμένων, τα οποία βελτιώνουν τη δράση, τη συμπεριφορά και την αποτελεσματικότητα των ατόμων, των ομάδων και του ίδιο του οργανισμού.

Ο Argyris (1977), τονίζει ότι η οργάνωση που μαθαίνει, είναι μια διαδικασία κατά την οποία η επιχείρηση ανακαλύπτει και διορθώνει τα λάθη πριν αυτά συμβούν, με αποτέλεσμα να παραμένει αποδοτική (Garvin, 1998). Από (Ρωσσίδης, Ασπρίδης, 2017).

ΔΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΙΕΡΑΡΧΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

Τι είναι τελικά η γνώση; Είδαμε την επιστημολογική προσέγγιση κατά τη διάρκεια των αιώνων, που δημιουργεί την πεποίθηση ότι η γνώση είναι ένα ουσιαστικό; διαδικασία; σύνθετη, ασαφής, προσαρμοσμένη στον καθένα ξεχωριστά, πού δεν αποθηκεύεται, δεν είναι μετρήσιμη, είναι διασκορπισμένη όπου υπάρχουν ερεθίσματα, και κυρίως είναι συνδεδεμένη με τα ήθη, τις πολιτισμικές καταβολές, τα συναισθήματα και τα αρχέγονα ένστικτα, (Αβδημιώτης, 2020).

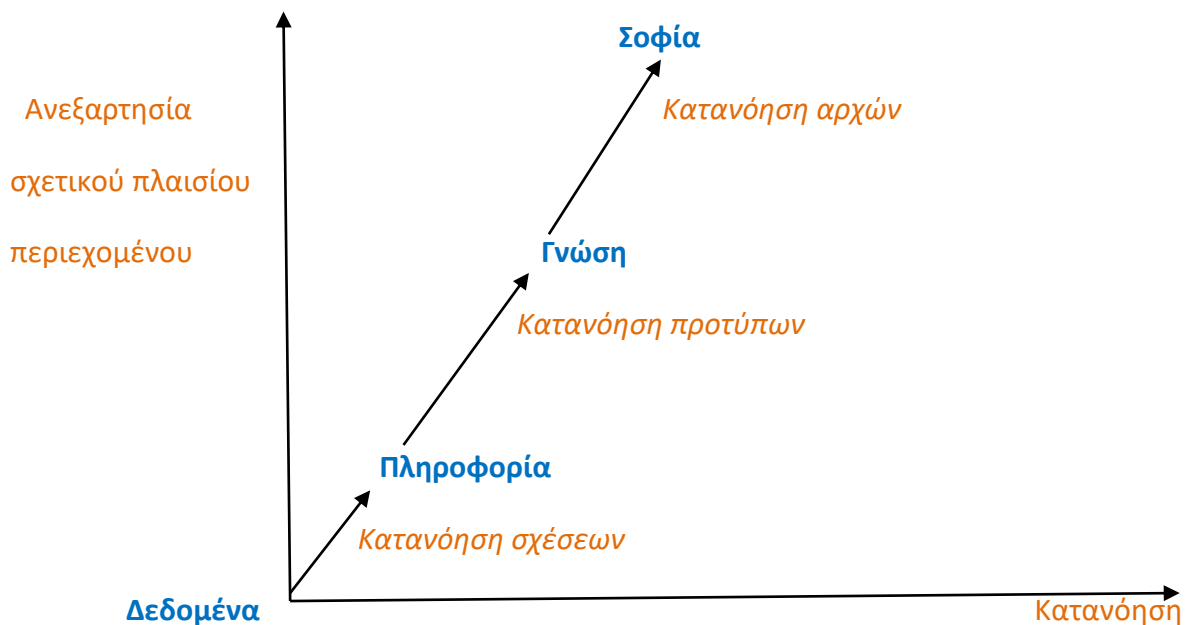
Έτσι από «ύπαρξη και ικανότητα», πρίν την βιομηχανική επανάσταση, έγινε «γνώση ως τεχνολογία», «γνώση ως πόρος παραγωγής» και «οργανωτικός πόρος», (Gill, 2000). Κατά τον Allee (1977), η ευρύτερη γνώση έχει δώδεκα ποιοτικά χαρακτηριστικά:

- α) Είναι ανομοιογενής.
- β) Οργανώνεται από μόνη της.
- γ) Απευθύνεται στο κοινωνικό σύνολο.

- δ) Μεταφέρεται με τη γλώσσα.
 - ε) Έχει δυσδιάκριτες έννοιες.
 - στ) Αδρανοποιείται.
 - ζ) Πειραματίζεται.
 - η) Δεν μεγαλώνει για πάντα.
 - θ) Αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο.
 - ι) Εξελισσεται οργανικά.
 - ια) Είναι πολυσηματική.
 - ιβ) Είναι πολυδιάστατη. (Allee, 1997b).
- (Από Αβδημιώτης, 2020).

Ποιά είναι όμως τα διακριτά στοιχεία της γνώσης; Και ποιες παραδοχές πρέπει να γίνουν για να είναι κατανοητή η διαφορετική λειτουργία των δεδομένων, των πληροφοριών και του γνωστικού κεφαλαίου;

Κατά τον Ash(1998,2002b), «οι πληροφορίες έχουν μικρή αξία και δεν μπορούν να γίνουν γνώση μέχρι να επεξεργαστούν από κάποιο άτομο», (Ash, 1998),(Ash 2002b)



Σχήμα 3. Η δομή της γνώσης. (Filemon and Uriarte, 2008), (Μπαλής, 2007) *(Βλέπε σελ.28).

Η διαδικασία ξεκινά από τα δεδομένα τα οποία είναι δομημένα και οργανωμένα για να δημιουργούν πληροφορίες. Η πληροφορία δεν είναι γνώση, είναι ένα οργανικό υποσύνολό της, και περιλαμβάνει την επεξεργασία και την χρήση πληροφοριών από το άτομο. Η οργάνωση και το φιλτράρισμα αυτών των πληροφοριών, ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες συγκεκριμένων αναγκών, παράγει γνώση. Αν η διαδικασία δεν οδηγεί σε κατατοπιστική απόφαση ή δραστηριότητα θεωρείται άκυρη, (Αβδημιώτης, 2020).

Κατά τους Davenport et.al(1998), «**η γνώση πρέπει να εξετάζεται μέσα σε συγκεκριμένο πλαίσιο**», και «**η γνώση δεν είναι στατική εξελίσσεται και επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες**», (Davenport et.al.,1998).

Η διαδικασία μετατροπής επηρεάζεται από τις **εμπειρίες**, τις **συμπεριφορές** και το **περιβάλλον**, και αποκτά σημασία όταν εξετάζεται σε ένα ευρύτερο **πλαίσιο κουλτούρας**, που εξελίσσει τη φιλοσοφία και τα πιστεύω του ατόμου, (Αβδημιώτης, 2020).

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες προσδιορίζονται αμφίδρομα, από την ικανότητα του προσωπικού να τα επεξεργάζεται, από το στενό περιβάλλον εντός του οποίου λαμβάνει χώρα ο μετασχηματισμός, και από τις επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος στο οργανωσιακό περιβάλλον.

Τα δεδομένα είναι αναπαραστάσεις γεγονότων ή εννοιών, και δεν έχουν νόημα αν εξεταστούν το καθένα ξεχωριστά. Ο συνδυασμός δεδομένων εντός ορισμένου πλαισίου και με καθορισμένο στόχο παρέχει πληροφορία, (Μπαλής, 2007).

Μπορούν να μετατραπούν σε πληροφορίες μέσω πέντε βασικών διαδικασιών(Davenport and Prusak 1998), (Αβδημιώτης, 2020).

1.Συγκέντρωση:Κάποια συνοψίζονται σε πιο περιεκτική μορφή και απαλείφονται οι άχρηστες λεπτομέρειες.

2.Συσχέτιση: συγκεντρώνονται για κάποιον εκ των προτέρων γνωστό σκοπό.

3.Υπολογισμός:Τα δεδομένα αθροίζονται για την παραγωγή χρήσιμων πληροφοριών.

4.Κατηγοριοποίηση: Η διαδικασία ταξινόμησης σε συγκεκριμένους τύπους ή κατηγορίες.

5.Διόρθωση:Είναι η διαδικασία εξάλειψης των σφαλμάτων.

Η παραγωγή γνώσεων δίνει απαντήσεις στα ερωτήματα: **γιατί; πώς; και πώς να;**, σημαντικό ρόλο όμως παίζει η δυνατότητα απορρόφησης, που σχετίζεται με την αντίληψη, την ήδη υπάρχουσα γνώση, τις αξίες και το πολιτιστικό υπόβαθρο αυτού που καλείται να κατανοήσει τη γνώση. Η διδασκαλία και η συνεργασία δημιουργούν ένα κοινό πλαίσιο κατανόησης, (Αβδημιώτης, 2020).

Η σοφία παράγεται όταν γίνουν κατανοητές οι αρχές των προτύπων που προέκυψαν κατά τη δημιουργία της γνώσης, (Bergeron, 2003).

Απαντά και πάλι στο ερώτημα **γιατί**; όπως και η γνώση, λαμβάνοντας υπ' όψιν την ηθική διάσταση μιας απόφασης. Ωστόσο τώρα εμπλέκονται και τα συναισθήματα, (Αβδημιώτης, 2020).

ΡΗΤΗ ΚΑΙ ΑΡΡΗΤΗ ΓΝΩΣΗ

Τα μοντέλα παραγωγής οργανωσιακής γνώσης, με σημαντικότερο αυτό των Nonaka και Takeuchi(1995), προϋποθέτουν την παραδοχή της διάκρισης της γνώσης σε ρητή και άρρητη, στην επιστημολογική διάσταση της δημιουργίας. Η έτερη οντολογική διάσταση είναι δηλωτική των οντολογικών επιπέδων που δημιουργούν γνώση, του *προσωπικού*, του *ομαδικού* ,του *οργανωσιακού* και του *διαοργανωσιακού*. Η παραγωγή της γνώσης συντελείται σπειροειδώς από τα κατώτερα προς τα ανώτερα οντολογικά επίπεδα όπως θα εξετάσουμε διεξοδικά αργότερα, (Nonaka και Takeuchi, 2003).

Ρητή ή «κωδικοποιημένη» γνώση(explicit knowledge), είναι αυτή που μπορεί να μεταδοθεί με επίσημη συστηματική γλώσσα (Nonaka, 2003). Μπορεί να κωδικοποιηθεί, και να μεταδοθεί με μια συστηματική και δομημένη γλώσσα, σε μορφή κειμένων, βάσεων δεδομένων, διαγραμμάτων, μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομίου. Συνεπώς είναι ευκολότερο να αποθηκευτεί και να μοιραστεί.

Η διάκριση, της γνώσης σε άρρητη και ρητή, οφείλεται στον Michael Polanyi (1891-1976), Ούγγρο χημικό, με μεγάλη συνεισφορά σε οικονομικά και φιλοσοφικά θέματα. Η άρρητη γνώση είναι προσωπική, σχετίζεται με κάποιο συγκεκριμένο πλαίσιο και ως εκ τούτου είναι δύσκολο να επικοινωνηθεί και να επισημοποιηθεί. «Γνωρίζουμε περισσότερα από όσα μπορούμε να πούμε», (Polanyi, 1966).

Αργότερα ο Vygotsky(1994), τοπογραφώντας τα είδη της γνώσης στον ανθρώπινο εγκέφαλο, τοποθέτησε την ρητή γνώση στις περιοχές των ανώτερων εγκεφαλικών κέντρων, ενώ την άρρητη στις περιοχές του υποσυνείδητου που δρουν υποστηρικτικά προς τα ανώτερα κέντρα, (Vygotsky, 1994), (Avdimiotis, 2019).

Είναι η ασυνείδητη γνώση που βρίσκεται στο μυαλό και το σώμα των ανθρώπων, (Choo and Bontis , 2002), βρίσκεται στο υποσυνείδητο των ανθρώπων ενός οργανισμού, και δεν έχει ή δεν είναι εφικτό, να καταγραφεί σε κάποιο έντυπο,(Davenport et. al. 1998).

Έτσι η γνώση που μπορεί να εκφραστεί με λέξεις και αριθμούς, αντιπροσωπεύει μόνο την κορυφή του παγόβουνου, που αντιπροσωπεύει τον συνολικό κορμό της γνώσης,(Nonaka & Takeuchi, 2003).

Άρρητη Γνώση(Υποκειμενική)	Ρητή Γνώση(Αντικειμενική)
Γνώση της εμπειρίας(Σώμα)	Ορθολογική Γνώση(Νούς)
Ταυτόχρονη Γνώση(Εδώ και τώρα)	Σειριακή Γνώση(Εκεί και τότε)
Αναλογική Γνώση(Πράξη)	Ψηφιακή Γνώση (Θεωρία)

Πίνακας 1. Τα δύο είδη γνώσης,(Nonaka and Takeushi, 2003).

Στον παραπάνω πίνακα 1 καταχωρούνται συγκριτικά διαφορετικά στοιχεία των δύο ειδών.

Η εμπειρική γνώση είναι άρρητη, σωματική, και υποκειμενική, ενώ η ορθολογική γνώση, ρητή, μεταφυσική, και αντικειμενική.

Η άρρητη δημιουργείται εδώ και τώρα, σε συγκεκριμένο πρακτικό πλαίσιο, και τα άτομα αποκτούν μια κοινή άρρητη γνώση μέσω της αλληλεπίδρασης, και αυτό είναι μια αναλογική διαδικασία, (Bateson, 1973).

Η ρητή γνώση αφορά γεγονότα του παρελθόντος, «εκεί και τότε», και στοχεύει στην δημιουργία μιας θεωρίας που είναι ανεξάρτητη πλαισίου, μέσω της διαδικασίας της ψηφιοποίησης, (Bateson, 1973).

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της ρητής γνώσης δεν αντέχει στο χρόνο, αντίθετα με αυτό που προσδίδει η εμπειρική γνώση που είναι ουσιαστικό και με διάρκεια, γιατί αυτή η γνώση:

Είναι πολύτιμη για διαχείριση διαδικασιών ή για την «επιδέξια» πράξη.

Είναι σπάνια και δεν υπάρχουν υποκατάστατά της.

Εμπεδωμένη στο υποσυνείδητο των κατόχων της(αξίες, στάσεις, συναίσθημα, κουλτούρα), είναι δύσκολο να αντιγραφεί ή να αγοραστεί, (Hult et al, 2005).

Επιπροσθέτως η άρρητη γνώση, αυξάνει την άμυνα του οργανισμού, αφού οι ικανότητες της επιχείρησης είναι αόρατες στους ανταγωνιστές(είναι υποσυνείδητες στο μυαλό των ανθρώπων). Βελτιώνει την αποτελεσματικότητα στην λήψη αποφάσεων για την εξυπηρέτηση πελατών, και την επένδυση σε τεχνολογίες υπολογιστών, και την επίλυση προβλημάτων, (Johannessen et al., 2001), (Salomann et al., 2005), (Mascitelli, 2000).

Υπάρχει θετική συσχέτιση της διαχείρισης συστημάτων γνώσης, και της μείωσης του κόστους με την άρρητη γνώση, η οποία βελτιώνει την επικοινωνία και τον συντονισμό εντός αλλά και μεταξύ των οργανισμών, ώστε να υπάρχει αποδοτική εξυπηρέτηση πελατών (Ofek et al., 2001).

Η απορρόφηση της άρρητης γνώσης από έναν οργανισμό, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να αποκτήσει μακροπρόθεσο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Zahra et al., 2002).

Ένας οργανισμός μπορεί να ενσωματώσει την άρρητη γνώση στις δομές του με τρεις διαφορετικούς τρόπους:

Μέσω επίσημων οδηγιών(κανόνες, πρότυπα, διαδικασίες).

Της οργανωσιακής ρουτίνας(ανάπτυξη διαδικασιών που επιτρέπουν την ενσωμάτωση και χρησιμοποίηση της γνώσης).

Της δημιουργίας των αυτόνομων ομάδων εργασίας (η πολυπλοκότητα και αβεβαιότητα, που απαιτούν εξειδικευμένη γνώση και ευελιξία οδηγούν στην δημιουργία των «self contained ομάδων», (Grant, 1996), (Αβδημιώτης, 2020).

Κάθε οργανισμός ενσωματώνει ρητή και άρρητη γνώση, όμως ο βαθμός χρησιμοποίησης τους διαφέρει, και χαρακτηρίζει τον οργανισμό.Οι οργανισμοί που αξιοποιούν την ρητή καταγεγραμμένη γνώση τείνουν να έχουν τυπικούς κανόνες και δομές ελέγχου, και τυποποιημένα καθήκοντα και ρόλους.

Από τη άλλη μεριά αυτοί που βασίζονται στην αξιοποίηση της άρρητης γνώσης έχουν πιο αποκεντρωμένη δομή, παρέχουν μεγαλύτερη αυτονομία στα άτομα, ενώ αναπτύσσουν μηχανισμούς αποτελεσματικούς για ενσωμάτωση και συντονισμό, αν βασίζονται στη συλλογική γνώση των ατόμων, (Αβδημιώτης, 2020).

Έχουν αναγνωριστεί εννέα είδη οργανωσιακής γνώσης(ρητής και εμπειρικής), που αντιπροσωπεύουν και αντίστοιχες οργανωσιακές κατασκευές:

1.Γνώση από τις ικανότητες του ατόμου.Μπορεί να μεταδοθεί με την προσωπική επαφή, την παρατήρηση και την πρακτική.

2.Γνώση αιτίας αποτελέσματος.Η μεταφορά της απαιτεί προσωπική επαφή, παρατήρηση, και επανάληψη.

3.Γνωστική.Πολυσύνθετη γνώση από την μακρά παρατήρηση συμπεριφορών.Μεταφέρεται με μαθητεία και πρακτική εξάσκηση.

4.Σύνθετη.Αποκτάται μέσω μεγάλου όγκου πληροφοριών, για την επίλυση προβλημάτων.Μεταδίδεται μέσω κωδικοποίησης και ανάλυσης δεδομένων και πληροφοριών.

5. Πολιτιστική.Συνδυάζεται με πολιτιστικά στοιχεία, ποικίλλει από τόπο σε τόπο και μεταδίδεται με την κοινωνικότητα και την παρατήρηση.

6.Μη μάθησης.Η ικανότητα να ξεχνά κάποιος προηγούμενη γνώση για να υιοθετήσει νέα.Μεταδίδεται με την κωδικοποίηση, το διάλογο και τη μαθητεία.

7.Απαγορευμένη.Σχετίζεται με κοινωνικά taboo.Μεταδίδεται όπως η πολιτιστική.

8.Ανθρώπινη.Γνώση των άλλων σε κοινωνικό επίπεδο, με σκοπό την δημιουργία εμπιστοσύνης.Μεταδίδεται με κοινωνική αλληλεπίδραση την κωδικοποίηση και τη μαθητεία.

9.Συναισθηματική.Γνώση της συναισθηματικής κατάστασης των άλλων.Μεταδίδεται κυρίως μέσω της μαθητείας, και της αντιμετώπισης των συναισθημάτων των συνεργατών, (Inkpen και Dinur, 1998), (Αβδημιώτης, 2020).

Με βάση την κυρίαρχη γνώση ενός οργανισμού δημιουργήθηκε ένα θεωρητικό μοντέλο τεσσάρων ιδανικών οργανωσιακών μορφών (Lam, 2000).

❖ **Επαγγελματική γραφειοκρατία και ενσωματωμένη γνώση**

Είναι κυρίως γραφειοκρατική, με τυποποιημένη δομή.Χρησιμοποιείται η ήδη υπάρχουσα γνώση.Η εκμάθηση αφορά εξειδικευμένη γνώση, ενώ ο ρόλος της εμπειρικής γνώσης είναι μικρός.

❖ **Μηχανική γραφειοκρατία και κρυπτογραφημένη γνώση.**

Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ρητή γνώση.Κυρίαρχη η επίσημη διοικητική ιεραρχία, ενώ ο οργανισμός εξαρτάται από τα πληροφοριακά συστήματα.Μαθαίνει από τα λάθη του, μέσα από λειτουργίες τυποποίησης θεσμοποίησης.Δεν προσανατολίζεται προς την καινοτομία και τις αλλαγές.

❖ **Λειτουργική ευελιξία (adhocracy), και ενσωματωμένη γνώση.**

Χρησιμοποιεί ελάχιστη τυποποιημένη γνώση, και η λειτουργία της βασίζεται στο know how και στην ενσωματωμένη γνώση των μελών της.Ο οργανισμός παράγει γνώση μέσα από την λειτουργία των ομάδων και του πειραματισμού, ενώ η μάθηση, που είναι ταχύτερη, και βασικό πλεονέκτημα, είναι πολυεπίπεδη και δεν αφορά μόνο εξειδικευμένη γνώση.Είναι η πιο καινοτόμα και η λιγότερο σταθερή μορφή οργανισμού, γιατί δεν μπορεί να διαφυλάξει την παραγόμενη γνώση.

❖ **J μορφή και εμφυτευμένη γνώση,(Japanese type).**

Από την αλληλεπίδραση της ρητής και άρρητης γνώσης δημιουργεί νέα γνώση.Η τυπική ιεραρχία του οργανισμού συνυπάρχει με την ευελιξία των ομάδων μέσω μιας ισχυρής κουλτούρας που δρα σαν βάση παραγωγής γνώσης.Διαδίδει γνώση εντός του οργανισμού και μπορεί να αποθηκεύσει μεγάλο μέρος της παραγόμενης γνώσης στις διαδικασίες και τις σχέσεις των ατόμων.Είναι δύσκολο να προβεί σε μεγάλες αλλαγές, και καινοτομίες, (Αβδημιώτης, 2020).

ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΝΩΣΗΣ SECI

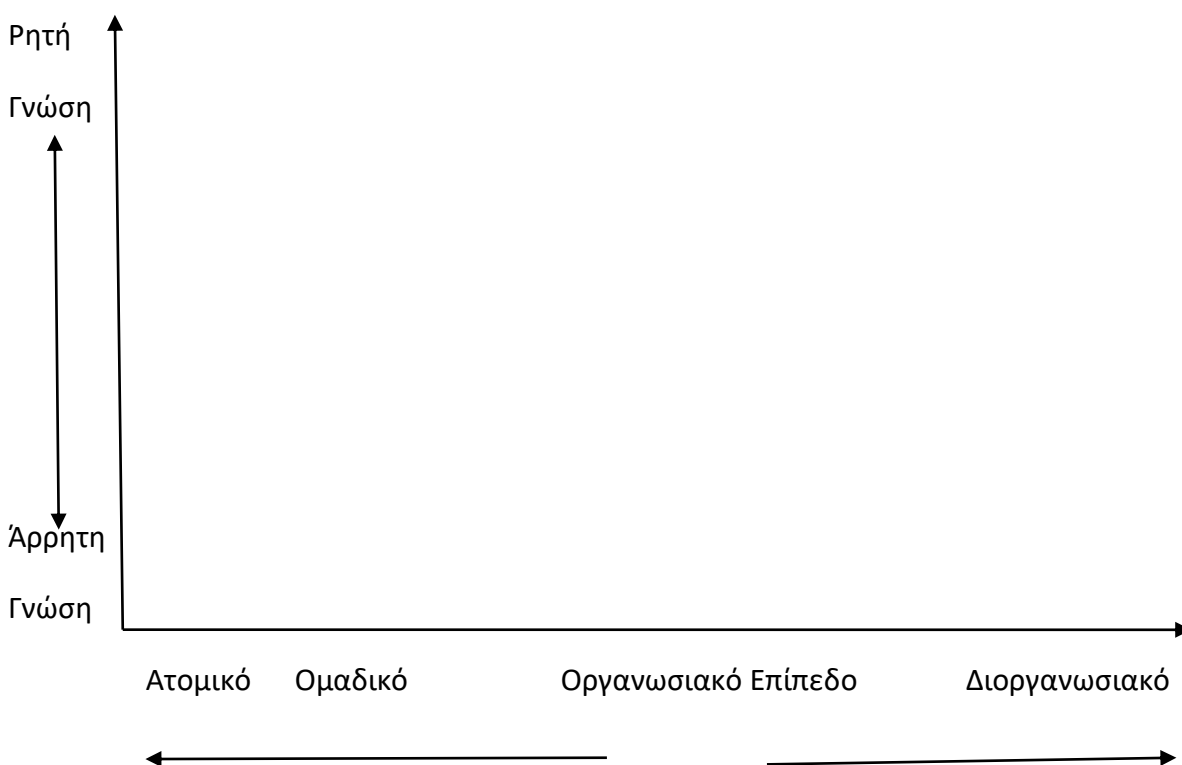
Οι Nonaka και Takeuchi, χρησιμοποίησαν την επιστημολογική διάσταση του διαχωρισμού της γνώσης κατά τον Polanyi, και όπως αναφέραμε την οντολογική διάσταση των επιπέδων δημιουργίας της γνώσης(ατομικό, ομαδικό, οργανωσιακό, διαοργανωσιακό), για να διατυπώσουν το θεωρητικό μοντέλο της δημιουργίας της οργανωσιακής γνώσης και να εξηγήσουν την καινοτομία,(Nonaka and Takeuchi, 2003).

Κατά τους συγγραφείς η άρρητη γνώση εμφανίζει και αυτή δύο διαστάσεις:

Την τεχνική διάσταση που περιλαμβάνει δεξιότητες, και τεχνικές(Know-how)

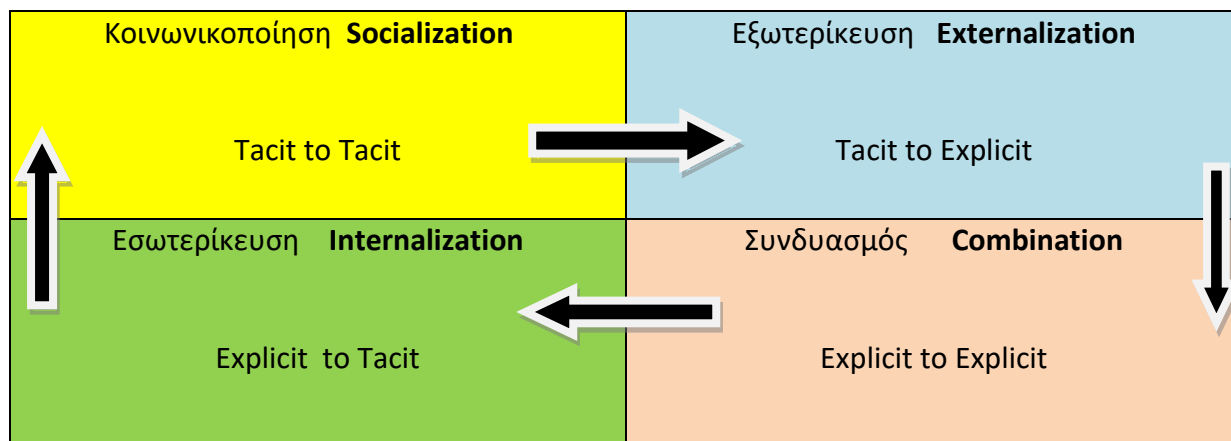
Την γνωστική διάσταση που εστιάζει στα Νοητικά Μοντέλα. (Johnson-Laird, 1983)

Τα άτομα δημιουργούν αναλογίες, και από την επεξεργασία τους δημιουργούνται μοντέλα, (σχήματα, προοπτικές, πεποιθήσεις, απόψεις), με τα οποία αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους.Οι συγγραφείς τονίζουν ότι τα γνωστικά στοιχεία της άρρητης γνώσης παρουσιάζουν την αντίληψη του ατόμου για τον κόσμο, και πώς οραματίζεται το μέλλον, απαντώντας στα ερωτήματα «τι είναι;», και «πώς θα έπρεπε να είναι;»,(Nonaka and Takeuchi, 2003).



Σχήμα 4.Οι δύο διαστάσεις της δημιουργίας γνώσης, (Nonaka, Takeuchi, 2003).

Το μοντέλο SECI παρουσιάζει τέσσερα είδη μετατροπής της γνώσης, όπως φαίνεται στο επόμενο σχήμα:



Σχήμα 5. Η ροή της γνώσης στο μοντέλο SECI (Μετατροπή από Nonaka, Takeuchi, 2003).

Είναι ένα δυναμικό μοντέλο, που βασίζεται στην παραδοχή ότι η «μετατροπή γνώσης», επιτελείται μέσω κοινωνικής αλληλεπίδρασης της ρητής και της άρρητης γνώσης, δεν περιορίζεται εντός του ατόμου, και μέσω αυτής η ρητή και η άρρητη γνώση επεκτείνονται τόσο ως προς την ποιότητα όσο και την ποσότητα, (Nonaka I., 1990b).

Κοινωνικοποίηση: Άρρητη σε Άρρητη (Socialization).

Κατά την διάρκειά της, τα άτομα ανταλλάσσουν εμπειρίες και δεν παράγεται καταγεγραμμένη γνώση, παρά κοινά νοητικά μοντέλα και τεχνικές δεξιότητες. Ο μαθητής μαθαίνει χωρίς απαραίτητα την χρήση της γλώσσας, αλλά μέσω της παρατήρησης, της μίμησης, και της πρακτικής. Η πρακτική εξάσκηση δεν σημαίνει μόνο επανάληψη, αλλά μια επαναλαμβανόμενη διανοητική προσπάθεια, που εργαλειοποιεί πράγματα και πράξεις στη υπηρεσία κάποιου σκοπού, (Tsoukas, 2009b). Η προσωπική επαφή, ή η τηλεφωνική μπορεί να πυροδοτήσει την κοινωνικοποίηση (Sigala, 2007). Κατά τους συγγραφείς μεταφορά άρρητης γνώσης συμβαίνει και κατά την αλληλεπίδραση με τους πελάτες του οργανισμού, δημιουργώντας μια βάση ιδεών για συνεχή βελτίωση, (Nonaka and Takeuchi 2003).

Ο πειραματισμός, και οι διαδικασίες δοκιμής-λάθους, (Nonaka and Takeuchi, 1995), είναι ακρογωνιαίος λίθος στο μοντέλο μεταφοράς της εμπειρικής γνώσης, και της οργανωσιακής μάθησης, (Goh, 1997).

Ο μαθητευόμενος με βάση την αποκτηθείσα γνώση και εμπειρία του, θα προσπαθήσει να λύσει νέα προβλήματα, (Kolb, 1984).

Κατά τους δημιουργούς του μοντέλου απαραίτητη είναι η κοινή εμπειρία. Η απλή μεταφορά πληροφοριών δεν είναι αρκετή, αν δεν συνοδεύεται από τα συνυπάρχοντα συναισθήματα, και το συγκεκριμένο πλαίσιο εντός του οποίου επιτυγχάνεται η κοινή εμπειρία, (Nonaka and Takeuchi, 2003).

Εξωτερίκευση: Άρρητη σε ρητή (Externalization).

Αποτελεί την ουσία της δημιουργίας οργανωσιακής γνώσης, καθώς η εμπειρία καταγράφεται υπό τη μορφή μεταφορών, αναλογιών, εννοιών, παραδοχών, εγγράφων, εγχειριδίων και μοντέλων. Για την εννοιολογική απόδοση χρησιμοποιούμε κυρίως τη γλώσσα, και η γραφή χρησιμοποιείται για την παραγωγή έναρθρης γνώσης (Emig, 1983). Αν και υπάρχουν χάσματα ή ανακολουθίες κατά την εννοιολογική απόδοση της γνώσης, αυτό το γεγονός μπορεί να γίνει αιτία αναστοχασμού, και αναपुरοδότησης της αλληλεπίδρασης, (Nonaka, 2003).

Συνδυασμός: Ρητή σε ρητή (Combination).

Είναι το στάδιο κατά το οποίο ο μαθητευόμενος αναλύει και κατηγοριοποιεί τις αποκτηθείσες πληροφορίες, (Avdimiotis, 2019).

Τμήματα ρητής γνώσης, αποκτηθείσας και ήδη υπάρχουσας, συνδυάζονται, μέσω εγγράφων, συναντήσεων, τηλεφωνικών, και ηλεκτρονικών δικτύων, δημιουργώντας μια επανακατηγοριοποίηση της ρητής γνώσης, που μπορεί να δημιουργήσει νέα γνώση. Παράδειγμα η γνώση που μπορεί να παραχθεί κατά το επίσημο πρόγραμμα εκπαίδευσης και κατάρτισης ενός οργανισμού, (Nonaka and Takeuchi 2003).

Εσωτερίκευση: Ρητή σε άρρητη (Internalization).

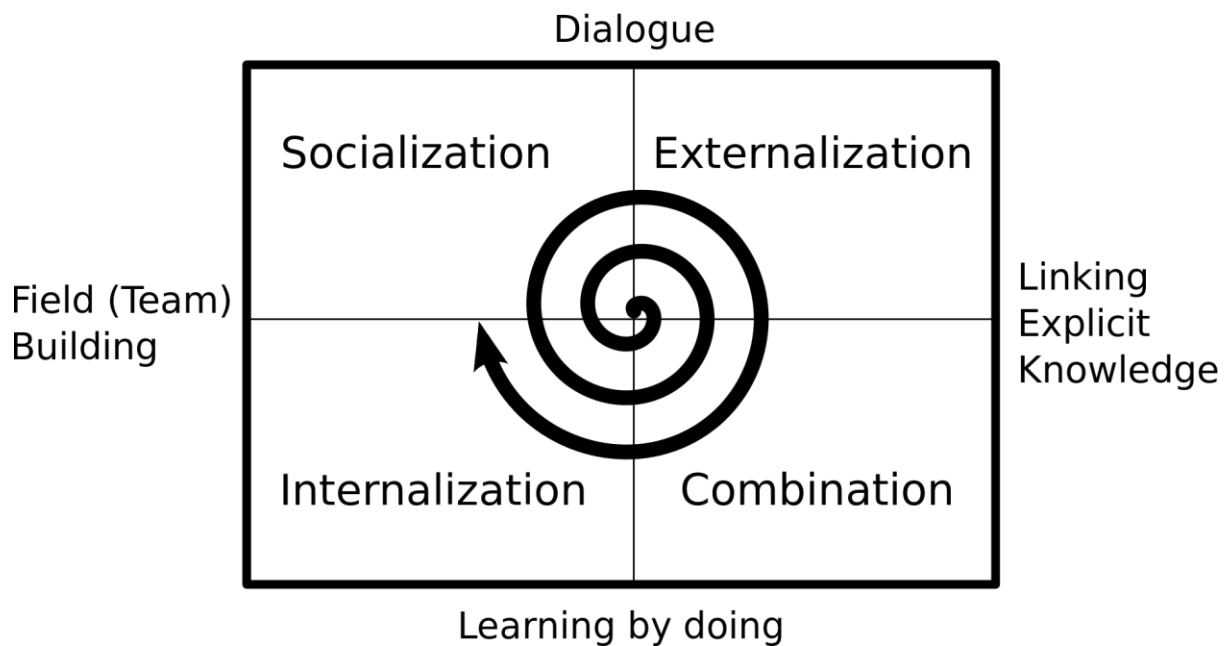
Σε αυτό το στάδιο επιτυγχάνεται η ενσωμάτωση της ρητής ως άρρητης γνώσης. Ο δέκτης προσαρμόζει τις πληροφορίες, κυρίως μέσω της πράξης, στην προσωπικότητά του, δημιουργώντας εμπειρία, και τεχνογνωσία (know-how), (Avdimiotis, 2019).

Η γνώση που συσσωρεύεται σε ατομικό επίπεδο, για να καταστεί οργανωσιακή και να αποτελέσει περιουσιακό στοιχείο, πρέπει να διαχυθεί στο σύνολο. Αυτή η ανάγκη πυροδοτεί μια νέα σπείρα γνώσης.

Η τεχνολογία της πληροφορίας μπορεί να βοηθήσει σε αυτή τη διαδικασία (Αβδημιώτης, 2020).

Τα έγγραφα και τα εγχειρίδια βοηθούν τα άτομα να βιώσουν τις εμπειρίες των άλλων με έμμεσο τρόπο, ή ακόμα να τις μετατρέψουν σε άρρητα νοητικά μοντέλα, που όταν είναι κοινά για την πλειονότητα των μελών του οργανισμού, εισάγουν τη άρρητη γνώση στην οργανωσιακή κουλτούρα, (Nonaka & Takeuchi, 2003).

Η δημιουργία οργανωσιακής γνώσης είναι μια συνεχής και δυναμική διεργασία αλληλεπίδρασης των δύο ειδών της γνώσης, όπως αποτυπώνεται στο σχήμα 5,(Nonaka, 1995).



Σχήμα 6. Η Σπείρα της Γνώσης.

Η γνώση που δημιουργείται σε κάθε ένα από τα στάδια του μοντέλου, είναι διαφορετική.

	Άρρητη	ΣΕ	Ρητή Γνώση
Άρρητη Γνώση		ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ
Από		ΣΥΓΚΛΙΝΟΥΣΑ ΓΝΩΣΗ	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΩΣΗ
Ρητή Γνώση		ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ
		ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΓΝΩΣΗ	ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΓΝΩΣΗ

Σχήμα 7. Περιεχόμενο γνώσης από τα τέσσερα είδη μετατροπής,(Από Nonaka, 2003).

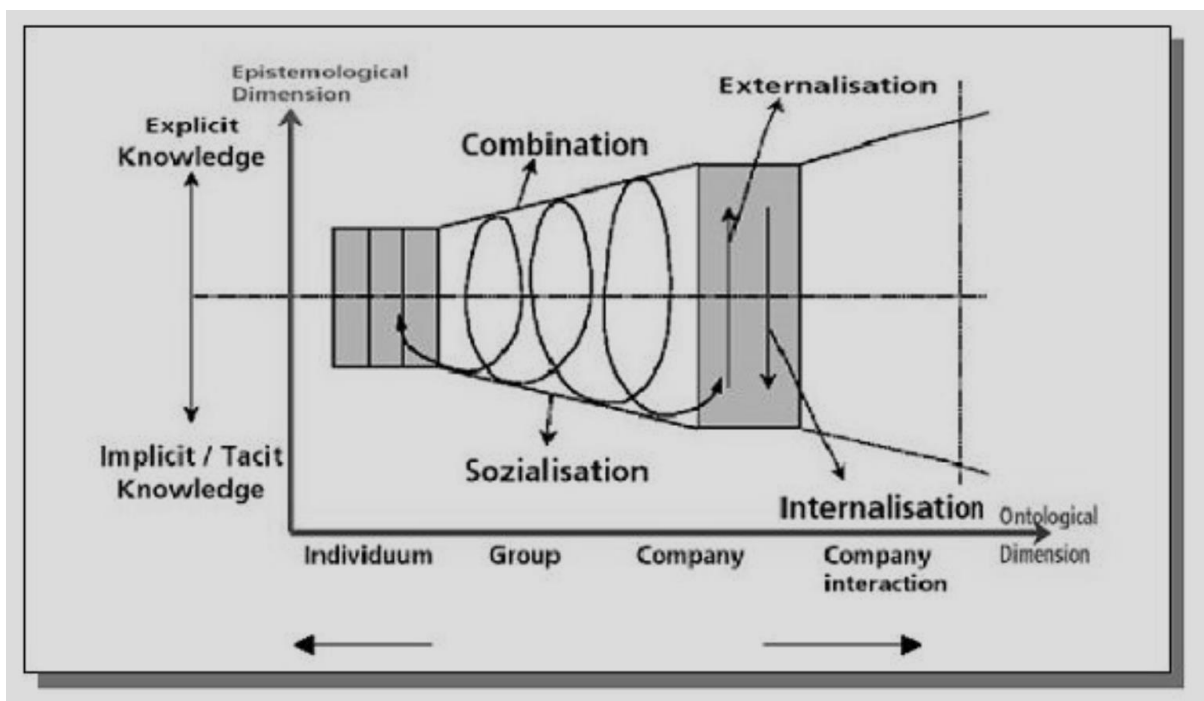
Η Κοινωνικοποίηση παράγει **Συγκλίνουσα Γνώση**, κοινά νοητικά μοντέλα και τεχνογνωσία.

Η Εξωτερίκευση παράγει **Εννοιολογική Γνώση**, δηλαδή τεκμηριωμένη γνώση στηριζόμενη σε αρχές.

Ο Συνδυασμός παράγει **Συστημική Γνώση** που είναι πρότυπα και νέες τεχνολογίες.

Τέλος η **Εσωτερίκευση** παράγει **Λειτουργική Γνώση** σχετικά με τις διαδικασίες, τη χρήση νέων προϊόντων, την αφομοίωση της νέας γνώσης, πυροδοτώντας έναν νέο κύκλο γνώσης, (Κωνσταντινίδης, 2009).

Όπως προαναφέρθηκε για την παραγωγή οργανωσιακής γνώσης πρέπει να κινητοποιηθεί η άρρητη γνώση του ατόμου προς τα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού. Αυτή η προώθηση της σπείρας σε ανώτερο οντολογικό επίπεδο, δημιουργεί τη σπείρα της οργανωσιακής γνώσης σε δύο επίπεδα. Έτσι η διεργασία κινείται συνεχώς προς τα πάνω διαπερνώντας τα επίπεδα του οργανισμού, μέσα από συνεχώς διευρυνόμενα πεδία αλληλεπίδρασης (τμήματα, τομείς, κ.τ.λ.), και ξεπερνώντας και τον ίδιο τον οργανισμό (διαοργανωσιακή γνώση), Σχήμα 6, Σχήμα 8, (Nonaka & Takeuchi, 2003).



Σχήμα 8. Η Σπείρα δημιουργίας Οργανωσιακής Γνώσης στο μοντέλο κατά Nonaka (Nonaka and Takeuchi, 2003).

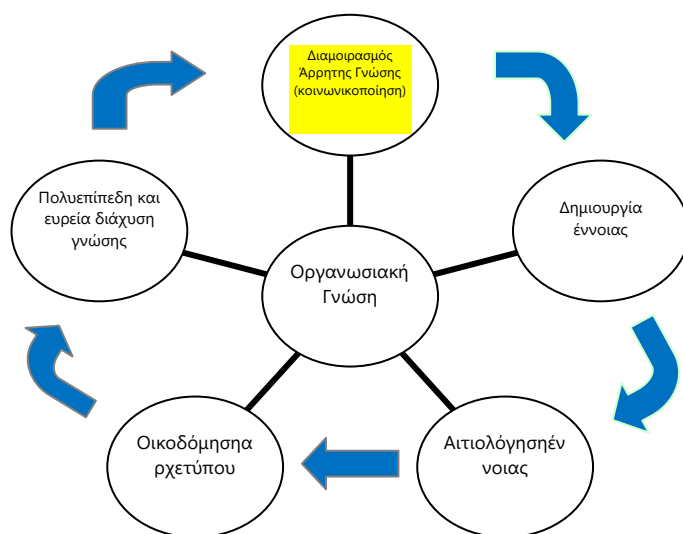
Σε αυτή τη σπειροειδή διαδικασία κάθε κύκλος της σπείρας αποτελείται από πέντε φάσεις, ενσωματώνοντας και τη διάσταση του χρόνου:

1. **Διαμοιρασμός άρρητης γνώσης** μεταξύ των ατόμων που αντιστοιχεί στην φάση της κοινωνικοποίησης.
2. **Δημιουργία κοινών νοητικών μοντέλων** και εννοιών που προσπαθούν να «απεικονίσουν» τα μοντέλα αυτά.

3.Αιτιολόγηση των εννοιών σε σχέση με τους οργανωσιακούς στόχους, ουσιαστικά αν αξίζει να υλοποιηθούν ή όχι, (Αβδημιώτης, 2020).Τα κριτήρια μπορεί να μην είναι πραγματιστικά αλλά υποκειμενικά και να ενσωματώνουν αξίες.

4.Κατασκευή αρχετύπου ως απόδειξη του επιδιωκόμενου σκοπού,(π.χ. όπως ένας αρχιτέκτονας κατασκευάζει μια μακέτα).

5.Δημιουργία διασταυρούμενων επιπέδων γνώσης, πυροδότηση νέου κύκλου γνώσης, διάχυση της γνώσης και εκτός οργανισμού. Πολλαπλασιαστική αξιοποίηση της γνώσης,(Nonaka and Takeushi, 2003), (Tsoukas, 2009b).



Σχήμα 9. Οι πέντε φάσεις δημιουργίας οργανωσιακής γνώσης, (Αβδημιώτης, 2020).

Οι πλειονότητα των ερευνητών συμφωνούν, ότι η αποτελεσματικότερη διάχυση της άρρητης γνώσης, αυξάνει την επιχειρηματική απόδοση (Du, 2007), και είναι ανάγκη να προσαρμοστούν οι στρατηγικές προς αυτή την κατεύθυνση, για την σταθερή απόδοση των επιχειρήσεων, (Keskin, 2005).

Αναπτύχθηκαν δύο προσεγγίσεις σε σχέση με την δυνατότητα μεταβίβασης και έκφρασης της εμπειρικής γνώσης.

Κάποιοι θεωρούν ότι μπορεί να μεταβιβαστεί διατηρώντας τα χαρακτηριστικά της, και αυτή είναι η ερμηνεία των Nonaka και Takeushi, που είναι ευρέως αποδεκτή από μεγάλο αριθμό ερευνητών με αντικείμενο την Διοίκηση Επιχειρήσεων, (Ambrosini, 2001), (Boisot, 1995),(Dyck et.al., 2005).

Από την άλλη πλευρά, έχει αναπτυχθεί η θέση, ότι η άρρητη γνώση δεν μπορεί να κωδικοποιηθεί και να μεταβιβαστεί, σε όλη την έκτασή της και με όλα τα χαρακτηριστικά της (D'Eredita, 2006), (Tsoukas, 2001), γιατί θα «υποβιβάσουμε αυτό που είναι γνωστό, σε

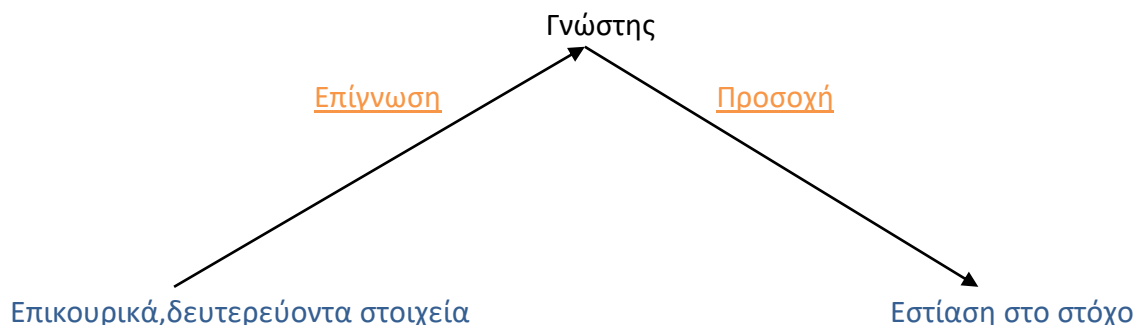
αυτό που μπορεί να αναπαρασταθεί, φτωχαίνοντας έτσι την έννοια της πρακτικής γνώσης», (French, R.M. and Cleeremans.,A.,2002).

Η προσπάθεια να ερμηνευτεί η άρρητη γνώση, σε ένα πλαίσιο αναπαράστασης με σύμβολα, την καθιστά τελικά αχαρτογράφητη και την υποτιμά. Αν χρησιμοποιηθεί ένα φαινομενολογικό πλαίσιο προσέγγισης (σύμφωνα και με τον Polanyi, τον δημιουργό του όρου, οι θεωρητική γνώση περιέχει απαραίτητα μια προσωπική σταθερά), μόνο τμήματα της άρρητης γνώσης μπορούν να εκφραστούν, «δεν ξέρουμε τι ξέρουμε, μέχρι να δούμε τι έχουμε κάνει» (Weick,1995).Γυρνώντας λοιπόν στη αναφορά μας για την θεωρητική γνώση στην μετανεωτερική εποχή, μάλλον είναι «ειρωνικός», κατά τον Τσούκα, ο τρόπος, που η ευρεία διάδοση της θεωρητικής γνώσης, μας κάνει κοινωνούς της άρρητης διάστασής της.

Κατά τον Polanyi, δεν υπάρχουν οι διαχωρισμοί της θεωρητικής από την πρακτική γνώση, των πρακτικών από τις θεωρητικές ή τις ανθρωπιστικές επιστήμες, αλλά η δομή της γνώσης είναι ίδια σε όλη την έκτασή της.Κάθε γνώση περιλαμβάνει επιδέξια πράξη, και η άρρητη γνώση είναι απαραίτητη για κάθε τέτοια δράση.Αυτό ισχύει σε όλες τις εκφάνσεις, στη διοίκηση (Hatsopoulos, 1999), στην δικηγορία, (Spraeth, 1999), στην ιατρική, (Patel, 1999).

Κατά τη διενέργεια της επιδέξιας πράξης έχουμε την επίγνωση ορισμένων πραγμάτων, που αποτελούν τα δευτερεύοντα στοιχεία και στα οποία δεν επικεντρώνουμε την προσοχή μας, και δεν έχουμε τη δυνατότητα να τα προσδιορίσουμε.Στηριζόμενοι σ'αυτά τα δευτερεύοντα στοιχεία, εστιάζουμε την προσοχή μας στην επιδέξια πράξη στο «στόχο».Γνωρίζουμε περισσότερα από όσα μπορούμε να πούμε,(Polanyi, 1966).

Η λειτουργία της άρρητης γνώσης κατά τον εμπνευστή της, μπορεί να παρασταθεί με ένα τρίγωνο στις κορυφές του οποίου είναι τα δευτερεύοντα στοιχεία, ο εστιακός στόχος και ο γνώστης που τα συνδέει μέσω της επιδέξιας πράξης του, που ενσωματώνει τα δευτερεύοντα στοιχεία στον στόχο. Αυτή η ενσωμάτωση είναι μη αναστρέψιμη,και εξαρτάται από το πλαίσιο εφαρμογής της, (Tsoukas, 2009b).



Σχήμα 10.Εμπειρική Γνώση, από Tsoukas, 2009b

Η άρρητη γνώση παρουσιάζει τρεις πτυχές, αν αναπαραστήσουμε τη δομή της χρησιμοποιώντας την φαινομενολογική προσέγγιση του Polanyi:

1. Η λειτουργική πτυχή.

Η ανθρώπινη συνείδηση έχει <<διανυσματικό χαρακτήρα>>(Polanyi 1966), (Gill J. , 2000), κινείται **από** τα δευτερεύοντα στοιχεία, **προς** τον εστιασμένο στόχο. Έχουμε την επίγνωση των πραγμάτων, απ' την σχέση τους με κάτι άλλο.

2. Η φαινομενολογική πτυχή.

Είναι η δημιουργία μιας νέας αισθητηριακής εμπειρίας, από την άρρητη ενσωμάτωση των αντιλήψεων των δευτερευόντων στοιχείων.

3. Η σημασιολογική πτυχή.

Είναι η σημασία των δευτερευόντων στοιχείων, ο στόχος που επιτυγχάνεται με την εστίαση της προσοχής.

Για την αναπαράσταση της δομής της άρρητης γνώσης ο Polanyi χρησιμοποιεί το παράδειγμα του φοιτητή ιατρικής που προσπαθεί να ερμηνεύσει τα ευρήματα της ακτινογραφίας θώρακα.

Στην αρχή ο φοιτητής δεν μπορεί να διακρίνει κάτι περισσότερο από τις σκιές της καρδιάς και των πνευμόνων, και λίγες αραχνοειδείς κηλίδες ανάμεσά τους. Δεν μπορεί να δει τίποτα από αυτά για τα οποία μιλούν οι ειδικοί, (Polanyi 1962).

Ο φοιτητής δεν έχει εμπεδώσει ακόμα τις ακτινολογικές γνώσεις για να τις χρησιμοποιήσει σαν διαγνωστικό εργαλείο. Όταν η γνώση αυτή, (μέσω της εκπαίδευσης), γίνει η άρρητη γνώση που θα είναι τα δευτερεύοντα στοιχεία, που η επίγνωσή τους θα οδηγήσει στην εστίαση στον στόχο, η λειτουργική πτυχή της άρρητης γνώσης έχει επιτευχθεί.

Στη συνέχεια μια φαινομενολογική μετατροπή συμβαίνει, μια νέα αισθητηριακή εμπειρία γεννιέται, τα όργανα του θώρακα αποκτούν συσχετισμούς που οδηγούν στη σημασιολογική πτυχή της, δηλαδή στην δημιουργία διαγνωστικής πληροφορίας.

Δεν υπάρχει διαφορά σε σχέση με τα δευτερεύοντα στοιχεία είτε αυτά είναι απτά (π.χ. εργαλεία δουλειάς), είτε συμβολικές κατασκευές, όπως για παράδειγμα η ιατρική, ή η ακτινολογική γνώση του παραδείγματος. Όλα αποτελούν εργαλεία τα οποία εσωτερικεύουμε και **εντρυφούμε** σε αυτά, μέσω της κοινωνικοποίησης, δηλαδή της καθημερινής επιδέξιης πράξης (Benner, 1999), που περιλαμβάνει την εξάσκηση του σώματος, αλλά και του νου.

Κατά τον Gawande (Gawande, 2002), μέσω της καθημερινής του πρακτικής στην χειρουργική, έμαθε να χρησιμοποιεί χωρίς «συνείδηση», ιατρικά εργαλεία, να πραγματοποιεί ιατρικές πράξεις, να αναγνωρίζει κλινικές οντότητες και να δημιουργεί

σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς. Δημιουργεί τα άρρητα δευτερεύοντα στοιχεία, το «κληρονομημένο υπόβαθρο», καθώς η εμπειρία προηγείται της σκέψης, (Wittgenstein, 1979).

Η ενσωμάτωση στο υποσυνείδητο, επαναλαμβανόμενων εμπειριών, συμβάλλει στη δημιουργία μοτίβων, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα άρρητα δευτερεύοντα στοιχεία, και χρησιμοποιούνται από το άτομο, για την αναγνώριση μιας κατάστασης ως συνηθισμένης ή όχι, υιοθετώντας αυτό στη συνέχεια, ανάλογες πράξεις, (Klein, 1998).

Ο γιατρός βλέποντας τον έναν ασθενή μετά τον άλλο δημιουργεί μοτίβα αναγνώρισης. Κατασκευάζει πρότυπα υποθέσεων για την σύγκριση μελλοντικών ασθενών. Χρησιμοποιώντας τα λοιπόν μπορεί να αναγνωρίζει μοτίβα ή αν κάτι είναι ασυνήθιστο. (Cimino, 1999).

Όταν τα αποτελέσματα της επιδέξιας πράξης δεν είναι τα αναμενόμενα, τότε απαιτείται σκόπιμη σκέψη. Η προσοχή εστιάζεται στα δευτερεύοντα στοιχεία, (Patel et al, 1999), και αυτό προϋποθέτει ένα νέο περιβάλλον δράσης, που προέρχεται από μια παροδική ρήξη, (Τσούκας 2009).

Μέσω του δημιουργικού διαλόγου η άρρητη γνώση μπορεί να γίνει αντικείμενο συζήτησης. «Ο συνομιλητής εκμαιεύει από εμένα σκέψεις που δεν είχα ιδέα ότι κατείχα», (Merleau-Ponty, 1962). Η νέα γνώση, δημιουργείται όταν η άρρητη γνώση αποκτά ξανά σημασία μέσω του δημιουργικού διαλόγου, (Τσούκας, 2009).

* Κατά τον Stenmark (2002), η γραμμικότητα του διαγράμματος της δομής της γνώσης (σχ.3), δημιουργεί τρεις παραδοχές που κατά την γνώμη του οδηγούν σε μια απλουστευτική οπτική, και ίσως σε παρερμηνείες.

1. Το διάγραμμα δεν θα έπρεπε να είναι γραμμικό, με ίσες αποστάσεις μεταξύ των στοιχείων του, καθώς αυτό υπονοεί πως χρειάζεται η καταβολή ίσης προσπάθειας για την μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο.

2. Το διάγραμμα απεικονίζει μία κατεύθυνση μετατροπής από τα δεδομένα στην πληροφορία και μετά στη γνώση, χωρίς να θεωρεί δυνατούς και άλλους πιθανούς δρόμους. Σύμφωνα με τον Stenmark, τα στοιχεία της γνώσης συνδέονται με διαφορετικούς και πολύπλοκους τρόπους, «it is not the one way or the other way».

3. Παρά την ανώτερη θέση στο διάγραμμα για τη γνώση, δεν σημαίνει ότι πάντα είναι πολυτιμότερη των πληροφοριών, ή αυτές πολυτιμότερες των δεδομένων, (Stenmark, 2002).

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, είναι στην πρώτη γραμμή της πρόληψης των ασθενειών, της προαγωγής της δημόσιας υγείας, και της εφαρμογής κι προώθησης νέων πολιτικών που αφορούν στην υγεία του κοινωνικού συνόλου.

Ενώ βρισκόμαστε ακόμα εν μέσω της πανδημίας, από τον νέο κορονοϊό Covid-19, που ακόμα δεν έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, την τελευταία 15ετία, άλλες λοιμώδεις ασθένειες(π.χ. Η1Ν1, ιός γρίπης), απειλές βιοτρομοκρατίας,(π.χ., άνθρακας), μεγάλες φυσικές καταστροφές, και η αύξηση των νοσούντων από χρόνιες ασθένειες,(π.χ. διαβήτης, καρδιολογικές παθήσεις), απειλούν την δημόσια υγεία και καθιστούν απαραίτητη την ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας, (Kothari, 2012).

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της διαχείρισης γνώσης, ήδη από την δεκαετία του '90, η γνώση θεωρείται πιά ο σημαντικότερος πόρος ενός οργανισμού(Drucker, 1995).Αυτό εισήχθη γρήγορα στην επιχειρηματική πρακτική των πωλήσεων και των οικονομικών επιχειρήσεων, με δεδομένο ότι οι επενδύσεις τους σε τεχνολογίες πληροφοριών (Informational Technologies, I.T.), ανέρχονταν στο 7-9% του επιχειρησιακού τους κεφαλαίου, σε σχέση με το 2-3%, των οργανισμών υγείας, (Blumenthal, 1999).

Από τότε μέχρι σήμερα οι πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές και τεχνολογικές αλλαγές, άλλαξαν τον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών.Η παγκοσμιοποίηση έφερε περισσότερες ευκαιρίες αλλά αύξησε ιδιαίτερα τον ανταγωνισμό, και ανάγκασε τις εταιρίες να βρουν νέους τρόπους επιβίωσης. Κάποιες ακολουθώντας την νέα προσέγγιση, προσπάθησαν να εφαρμόσουν λύσεις απότοκες της «διαχείρισης της γνώσης» του οργανισμού, επενδύοντας όμως κυρίως σε τεχνολογίες διαχείρισης της γνώσης.Έτσι λόγω της αρχικής περιορισμένης επιτυχίας, δημιουργήθηκε η εντύπωση πως η διαχείριση της γνώσης ήταν άλλη μια αποτυχημένη επιχειρηματική πρακτική.Μια προσεκτικότερη ματιά όμως, έδειξε ότι το πρόβλημα ήταν ο τρόπος προσέγγισης.

Έγινε επένδυση κυρίως σε τεχνολογίες διαχείρισης, (sexy technologies), με πολύ μικρή ανταποδοτικότητα, η βιβλιογραφία της διαχείρισης περιελάμβανε κυρίως θεωρητικές παρά πρακτικές συμβουλές, ενώ δεν υπήρχε ικανοποιητικό υψηλό επιχειρησιακό επίπεδο, πέρα από την έλλειψη κινήτρου από τους εργαζομένους.

Προϊόντος του χρόνου, η διαφορετική προσέγγιση δίνει έμφαση στους ανθρώπους, στις συμπεριφορές, και στους τρόπους δουλειάς, και λιγότερο στην τεχνολογία. Η διαχείριση της γνώσης , όπως συνέβη και με την διοίκηση ολικής ποιότητας μετά τη δεκαετία του '80, πρέπει να εμπεδωθεί στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού παρά να παραμένει μια διακριτή υποχρέωση του οργανισμού,(NHS, National Library for Health, 2005), (<http://www.library.nhs.uk/knowledgemanagement>).

Ο τομέας φροντίδας υγείας είναι μια «βιομηχανία» εντατικής παραγωγής γνώσης, που βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία μετατροπής σε κοινωνία της γνώσης, και σε αλληλεπίδραση με νοσοκομεία, κλινικές, φαρμακεία, και ασθενείς. Η γνώση διαμοιράζεται με σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, μειώνοντας το διοικητικό κόστος. Έτσι η επιτυχία της προσφοράς φροντίδας υγείας, εξαρτάται αποφασιστικά από την συλλογή, ανάλυση, και συνεχή ανταλλαγή κλινικών, οικονομικών και χρηστικών-διοικητικών πληροφοριών εντός των ορίων του οργανισμού, αλλά και πέρα από αυτά, (Ranjit, 2003).

Στους οργανισμούς υγείας, η γνώση βρίσκεται στον πυρήνα των προσφερόμενων υπηρεσιών, και αποτελεί το σημαντικότερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Γι' αυτό το λόγο, πρέπει να βελτιωθεί η ροή της γνώσης εντός των οργανισμών, και ως εκ τούτου, η διαχείριση της γνώσης, της εμπειρίας και των ικανοτήτων, σε σχέση με τις οργανωσιακές διαδικασίες και τις καλύτερες πρακτικές, εντός του οργανισμού είναι πολύ σημαντική, (Dorow, 2019).

Μέσω της διαχείρισης της γνώσης, αρκετοί τομείς της υγείας επωφελούνται σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς, την ασφάλεια, την μείωση του κόστους, την αποτελεσματικότητα, και τον ανταγωνισμό, καθώς η γνώση είναι το κλειδί της επιβίωσης σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, (Gider, 2015).

Ο τομέας της δημόσιας υγείας αντιπροσωπεύει μια μοναδική κατασκευή, που χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης σε σχέση με την διαχείριση της γνώσης εντός αυτού. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά είναι αναγκασμένοι να δρουν σε επείγουσα βάση, υπό πίεση χρόνου, αντιμετωπίζοντας καταστροφικές αντιδράσεις, όπου η συνήθης βιβλιογραφία που σχετίζεται με την πρακτική αντιμετώπιση, είναι είτε μη διαθέσιμη, ή δημιουργεί αβεβαιότητα, (Kothari, 2012).

Η διαχείριση της γνώσης σε τέτοιο περιβάλλον μπορεί να γίνει πολύπλοκη διαδικασία, διότι πέρα από τα προηγούμενα, εμπλέκει διαφορετικές τεχνολογίες, διαδικασίες που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, και επαγγελματίες με διαφορετικές καταβολές και επιστημονικό υπόβαθρο, και υψηλή εξειδίκευση (Miles, 2015). Επίσης συχνά τα ενδιαφέροντα των επαγγελματιών και των οργανισμών δεν ταυτίζονται, (Dorow, 2019).

Η γνώση σε έναν τέτοιο οργανισμό, συνδέεται ισχυρά με την επαγγελματική γνώση, με την πολυπλοκότητα των διαδικασιών, και είναι δύσκολο να αυτοματοποιηθεί, (Isik et al., 2013).

Οι οργανισμοί υγείας του δημόσιου τομέα, είναι χρηματοδοτούμενοι από τα δημόσια, και δεν εμπεριέχουν τα κίνητρα του ανταγωνισμού και της αύξησης των κερδών τους. Προσπαθούν να εφαρμόσουν πρακτικές σχετικές με το κέρδος, την ποιότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα, αλλά με διαφορετική ιδεολογία, σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. Παρ' όλα αυτά έχουν την ανάγκη να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών, της κοινότητας, της κυβερνητικής πολιτικής, και στις αλλαγές των ιατρικών, κλινικών και της φροντίδας των ασθενών πρακτικών, (Beveren, 2003).

Πολλοί συγγραφείς, στον τομέα της διαχείρισης γνώσης, διαβλέπουν την ανάγκη να αλλάξει η ιεραρχικά διαμερισματοποιημένη δομή των οργανισμών υγείας, προτείνοντας μια μορφή επίπεδου δικτύου, που θα εξυπηρετεί την μετάδοση και την δημιουργία της γνώσης.

Ο Skyrme (1998), πρότεινε δύο στρατηγικές προσεγγίσεις μελετώντας τις διεθνείς «καλές πρακτικές». Η πρώτη να μοιραστούν τις καλύτερες πρακτικές, και έτσι να εκμεταλλευτούν την γνώση που ήδη υπάρχει εντός του οργανισμού. Η δεύτερη να δημιουργηθεί νέα γνώση, μετατρέποντας τις ιδέες σε νέα προϊόντα και υπηρεσίες, μέσω της νεωτερικότητας και της καινοτομίας, (Skyrme, 1998).

Οι επιτυχημένοι οργανισμοί του μέλλοντος θα έχουν απλή και ευέλικτη μορφή, ισορροπία μεταξύ της οργάνωσης της εργασίας και της συμπεριφοράς σχετικά με τις διαδικασίες, με έμφαση στην λειτουργία των ομάδων, ως των δομικών λειτουργικών μονάδων τους, (Beveren, 2003).

Η επίδραση της ιδεολογίας στην οργανωσιακή δομή και στα επακόλουθα κίνητρα μελετήθηκε από την Schneider(1993), χρησιμοποιώντας το ιατρικό(medical) και το κοινοτικό(community) μοντέλο της παροχής ιατρικής φροντίδας. Το ιατρικό μοντέλο είναι συγκεντρωτικό, ως προς την λήψη αποφάσεων, με εξειδικευμένα καθήκοντα, ενώ το μοντέλο της κοινότητας είναι αποκεντρωμένο ως προς την λήψη αποφάσεων, με γενικευμένες λειτουργίες. Βρήκε ότι το πρώτο μοντέλο σχεδιασμού ενός οργανισμού υγείας, καθυστερεί την λήψη αποφάσεων, δημιουργεί παθητικότητα στους ασθενείς και το προσωπικό, και διασπά την οδό προσέγγισης στην θεραπεία. Το κοινοτικό μοντέλο ενώ ενθαρρύνει την ομαδική δουλειά, μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση σχετικά με τις ευθύνες, την δικαιοδοσία, και τις ανάγκες της εργασίας. Έτσι δεν είναι ξεκάθαρο ποιο μοντέλο είναι κατάλληλο για τους οργανισμούς υγείας, αν και η Schneider, ανακεφαλαιώνοντας αναφέρει, ότι η σύγχυση που δημιουργεί το κάθε μοντέλο, οδήγησε σε δομές που υπαγορεύτηκαν από την ιδεολογία, επηρεάζοντας την προσωπική και επαγγελματική ταυτότητα, τις ικανότητες, την υπευθυνότητα, τα κίνητρα και την ικανοποίηση του ιατρικού προσωπικού και των ασθενών, (Schneider, 1993).

Με την είσοδο στον 21^ο αιώνα και την οικονομία της γνώσης(knowledge economy), είναι φανερό η ανάγκη διαχείρισης της γνώσης σε οργανισμούς του ιδιωτικού τομέα, που αναζητούν το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Και στους δύο τομείς, είναι αναγκαία η ύπαρξη της δυνατότητας για αποτελεσματική δράση. Κάθε δημόσιος οργανισμός κείται εντός ενός ευρύτατου πλέγματος αλληλοεξαρτήσεων, και σχέσεων μεταξύ των δημιουργών της πολιτικής, των παρόχων των υπηρεσιών, της κοινωνίας γενικότερα και των τοπικών αρχών, και άλλων ενδιαφερομένων όπως κοινοτικών και εθελοντικών οργανώσεων, τμημάτων του ιδιωτικού τομέα κ.τ.λ.

Δημιουργείται έτσι η ανάγκη για αποτελεσματική διάχυση και διαμερισμό της εμπειρίας, σε κάθε ένα από τα εμπλεκόμενα μέρη, για να επωφεληθούν από καινοτόμες πρακτικές,

και να αποκτήσουν την «μεγάλη εικόνα», πέρα από την εστίαση στην δική τους λειτουργία, ώστε να προετοιμαστούν καλύτερα για δράση,(NHS, National Library for Health, 2005).

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η κλασική σχέση ιατρού-ασθενή, τείνει να αντικατασταθεί από την σχέση ασθενούς με ομάδα ιατρών και επαγγελματιών υγείας, που ο καθένας είναι εξειδικευμένος σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργώντας μια νέα σχέση πελάτη-εταιρίας. Η λειτουργία αυτής της σχέσης απαιτεί την εύκολη και γρήγορη μεταφορά πληροφοριών μεταξύ των μελών της ομάδας. Ο πελάτης-ασθενής απαιτεί από την εταιρία-οργανισμό να γνωρίζει τα πάντα από την πρώτη τηλεφωνική επαφή τους και καθ' όλη την χρονική διάρκεια εφεξής. Αυτό αφορά και στις μεταξύ τους συμφωνίες(συμβόλαια), και στο ιατρικό ιστορικό και στα χρονοδιαγράμματα, αφορά δηλαδή και στην ιατρική και διοικητική διάσταση του οργανισμού. Συμπληρωματικά η διαχείριση αυτών των πληροφοριών πρέπει να είναι εμπιστευτική και ασφαλής εξασφαλίζοντας την ιδιωτικότητα του πελάτη- ασθενή, (Ranjit, 2003).

Η διαχείριση της γνώσης στην υγεία πρέπει να εξυπηρετεί τις ανάγκες των τριών σημαντικότερων παικτών:α) Των κλινικών ιατρών,β)Του προσωπικού της διοίκησης, και γ) των ασθενών.Και ενώ παραθέσαμε την νέα σχέση ασθενούς-οργανισμού, οι κλινικοί εκτιμούν την διαχείριση με βάση την ταχύτητα,την αξιοπιστία, και τις καλύτερες κλινικές πρακτικές, (Bria, 1996), (Pulde, 1999).

Στο επίπεδο της διεύθυνσης, η διαχείριση συνδέεται με τις καλύτερες επιχειρηματικές πρακτικές, την ικανοποίηση και την παραμονή των ασθενών, την ποιότητα και την δυνατότητα δημιουργίας κέρδους, δηλαδή εκτιμάται ως προς το κόστος, την ποιότητα, και τα αποτελέσματα της παροχής των υπηρεσιών, (Ahwah, 1997).

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η διαχείριση της γνώσης σύμφωνα με την NHS National Library for Health, (2005), προσεγγίζεται με την εφαρμογή των παρακάτω παραδοχών:

1.Η σωστή γνώση, στον σωστό τόπο και στο σωστό χρόνο.

Είναι η γνώση που χρειάζεται την συγκεκριμένη στιγμή, για να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα χρησιμοποιώντας όλες τις υπάρχουσες δυνατότητες, είτε για να γίνει διάγνωση, ή να ληφθεί κάποια απόφαση, να χορηγηθεί θεραπεία, αλλά και να γραφεί μια ιατρική έκθεση, να χρησιμοποιηθεί ένα μηχάνημα κ.τ.λ.Η γνώση αυτή μπορεί να είναι καταγεγραμμένη σε αναφορές, ερευνητικές εργασίες, σε βάσεις δεδομένων ή και ακόμα να βρίσκεται μόνο στο μυαλό των ανθρώπων.Ο σωστός τόπος είναι εκεί που συμβαίνει η δράση, π.χ. το κρεβάτι του αρρώστου.Ο σωστός χρόνος είναι η χρονική στιγμή της δράσης.

2.Ρητή και άρρητη γνώση.

Όπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος η ρητή, κωδικοποιημένη , επιστημονική, γενική γνώση, είναι καταγεγραμμένη γνώση σε έγγραφα, ή σε βάσεις δεδομένων, ενώ μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε «δομημένη», και μη. Τα έγγραφα και οι βάσεις δεδομένων είναι δομημένη γνώση γιατί είναι οργανωμένη κατά τέτοιο τρόπο, ώστε μπορεί να επαναπροσεγγιστεί. Αντιθέτως οι εικόνες, τα e-mails, τα εκπαιδευτικά μαθήματα, ή οι συλλογές video δεν είναι, για τον αντίθετο λόγο. Αποτελείται από γεγονότα(facts), κανόνες(rules), σχέσεις(relationships), και πολιτικές(policies), που μπορούν να κωδικοποιηθούν και να διαμοιραστούν χωρίς ιδιαίτερη συζήτηση, (Wyatt, 2001).

Από την άλλη μεριά η άρρητη, διαισθητική(intuition), υποσυνείδητη, εμπειρική, ιδιαίτερη(particular), γνώση, που η έννοιά της εισήχθη από τον Polanyi, (Polanyi., 1962), αποτελεί το «μαύρο κουτί» της γνώσης ενός οργανισμού, αφού ενώ δεν μπορεί να μεταφερθεί εύκολα, αν μεταφερόταν θα επιβεβαίωνε την βιωσιμότητα της οργανωσιακής γνώσης, (Ensiyeh, 2018).Αυτό το είδος της γνώσης υποτιμήθηκε υπό την κυριαρχία του ιατρικού επιστημονισμού και της εφαρμογής της Evidence Based Medicine, αν και όπως αναφέρθηκε στο γενικό μέρος οι Nonaka και Takeushi, αναγνωρίζοντας τον κομβικό της ρόλο την κατέστησαν θεμελιώδη παράμετρο για την παραγωγή της νέας οργανωσιακής γνώσης και την επιβίωση και ανάπτυξη ενός οργανισμού.Στο θέμα της άρρητης γνώσης θα επανέλθουμε σε επόμενο κεφάλαιο.

3.Παλαιά και νέα γνώση.

Πολλές φορές η υπάρχουσα γνώση σε ένα τμήμα του οργανισμού, θα βοηθούσε στην επίλυση προβλημάτων σε άλλο τμήμα, το οποίο δεν έχει την ίδια γνώση. Η άγνοια μπορεί να οδηγήσει στην εκ νέου ανακάλυψη του τροχού.Για να αποφευχθεί αυτό πρέπει ο οργανισμός να μάθει τι γνωρίζει, και να καταστήσει αυτή τη γνώση προσβάσιμη σε κάθε μέλος του.Έλεγχος της γνώσης και χαρτογράφηση της ύπαρξής της και της ροής της, τρόποι εξωτερίκευσης της άρρητης γνώσης, και εγκαθίδρυση μηχανισμών που να την κατευθύνουν εκεί που είναι χρήσιμη, είναι μερικές παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν.

Η δημιουργία νέας γνώσης μπορεί να επιτευχθεί με προσεγγίσεις όπως η μαθητεία, η εκπαίδευση, η ενοικίαση και χρησιμοποίηση εξωτερικών πηγών γνώσης, η δημιουργία επαφών ατόμων με διαφορετικό υπόβαθρο γνώσης.

Η διευκόλυνση της καινοτομίας είναι μια άλλη διάσταση δημιουργίας νέας γνώσης.

Ο διαχωρισμός της παλιάς από τη νέα γνώση δεν μπορεί να συμβεί απολύτως, γιατί η νέα γνώση χρειάζεται την βάση της παλιάς γνώσης(μαθήματα από το παρελθόν), αν και αυτό που είναι σημαντικό για τη γνώση είναι το ***πόσο χρήσιμη είναι όταν την χρειαζόμαστε.***

4.Οι διαστάσεις της συλλογής και της σύνδεσης.(Collect and connect).

Η συλλογή σχετίζεται με την συγκέντρωση δεδομένων, πληροφοριών, και εκπεφρασμένης γνώσης, και τη δυνατότητα πρόσβασης των ανθρώπων σε αυτά, διά των τεχνολογιών της επικοινωνίας και της πληροφορίας. Σχετίζεται με την σύλληψη (capture) και την διάχυση (dissemination), της ρητής γνώσης, η οποία μέσω του υπολογιστικού δικτύου, κωδικοποιείται, αποθηκεύεται, και είναι ανακτήσιμη και προσεγγίσιμη για κάθε νέο μελλοντικό χρήστη, μέσω μιας συνεχούς διαδικασίας επικαιροποίησης.

Η δημιουργία της National Electronic Library of Health, της Cochrane Library, του NICE (National Institute for Health and Care Excellence), τα δίκτυα Intranet, είναι παραδείγματα συλλογής.

Η σύνδεση σχετίζεται με την δημιουργία τρόπων επαφής ανθρώπων που χρειάζεται να μάθουν με αυτούς που γνωρίζουν. Η επαφή διαχέει την ενσωματωμένη στο μυαλό και στις συμπεριφορές άρρητη γνώση, που υπό την προσωπική κρίση του κάθε υποκειμένου μετασχηματίζεται σε νέα γνώση. Δράσεις προς αυτή την κατεύθυνση, είναι οι κατάλογοι δεξιοτήτων και οι κατάλογοι ειδικών, διαδικτυακοί κατάλογοι που απεικονίζουν ποιος κάνει τι, οι κοινότητες πρακτικής, και διάφορες δραστηριότητες κοινωνικοποίησης.

Τα προγράμματα διαχείρισης προσπαθούν να συγκεράσουν τα πλεονεκτήματα των δύο προσεγγίσεων, αφού η μονοδιάστατη προσέγγιση, στην πρώτη περίπτωση οδηγεί σε μια στατική συγκέντρωση δεδομένων, ενώ στη δεύτερη, σε έναν οργανισμό που περιοδικά πρέπει να ανακαλύπτει ξανά τον τροχό.

5. Άνθρωποι, διαδικασίες, τεχνολογία.

Άνθρωποι: Είναι ο σημαντικότερος συντελεστής στην διαδικασία της μεταφοράς της γνώσης, και η δημιουργία ανάλογης κουλτούρας η μεγαλύτερη πρόκληση. Κατά πόσο υπάρχει κουλτούρα υποστηρικτική της δημιουργίας και διάδοσης της γνώσης, αμοιβαίου σεβασμού και υποστήριξης. Οι εργαζόμενοι έχουν κίνητρο δημιουργίας και διαμοιρασμού της γνώσης και ανταμοίβονται γι' αυτό; Η γνώση είναι δύναμη και οι κατέχοντες την είναι ψηλά στην ιεραρχία; Οι εργαζόμενοι εμπνέονται από την καινοτομία και μαθαίνουν από τα λάθη τους; Έχουν χρόνο να αναζητήσουν τη γνώση ή είναι υπό συνεχή πίεση για δράση; Υπάρχει νοοτροπία επίρριψης ευθυνών και δυσφήμισης, (blame and shame culture);

Διαδικασίες: Οι οργανισμοί μπορεί να χρειαστεί να αναθεωρήσουν κάποιες διαδικασίες ή να δημιουργήσουν νέες, για να προάγουν την παραγωγή και την διάχυση της γνώσης εντός του οργανισμού. Για να το πετύχουν ίσως χρειαστεί να αλλάξουν την ίδια την δομή τους, για παράδειγμα σε περιπτώσεις που διαφορετικά τμήματά τους ανταγωνίζονται για τους ίδιους πόρους.

Τεχνολογίες: Η τεχνολογία φέρνει κοντά τους ανθρώπους, και τους δίνει την δυνατότητα πρόσβασης στην πληροφορία. Είναι απαραίτητο να ταιριάζει στους ανθρώπους και στις διαδικασίες ενός οργανισμού, και αποτελεί παράγοντα που επιτρέπει την εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης. Οι τεχνολογίες της πληροφορίας μπορούν να εμπνεύσουν αλλά δεν μπορούν να προάγουν μόνες την διαχείριση της γνώσης. Η γνώση είναι ανθρώπινη δράση, το απόσταγμα της σκέψης, και δημιουργείται σε πραγματικό χρόνο, (McDermott, 2000).

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΟ NHS(ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Η.Β.)

Ο Sir J.A.Muir Gray (1944-) Βρετανός Ιατρός με σημαντικές θέσεις σε Βρετανικούς οργανισμούς διαχείρισης της Ιατρικής Γνώσης, (National Library for Health, NHS National Programme for IT κ.τ.λ.) προλογίζει την έκθεση του 2015 «Building a Knowledge Enabled NHS For the Future»:

“Εφαρμόζοντας στην πράξη ότι γνωρίζουμε από την έρευνα, την ανάλυση δεδομένων και την εμπειρία, θα είχαμε μεγαλύτερη επίδραση στην υγεία και στην φροντίδα της, από οποιοδήποτε νέο φάρμακο ή τεχνολογία θα μπορούσε να αναπτυχθεί τα επόμενα 10 ή 20 χρόνια-αυτή είναι η σημασία της διαχείρισης της γνώσης στο NHS.”

(<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/building-a-knowledge-enabled-nhs-for-the-future/>).

Στην εισαγωγή της η έκθεση αναφέρει, ότι η αποτελεσματική χρησιμοποίηση διαφορετικών προσεγγίσεων της διαχείρισης γνώσης, προκαλεί βελτιώσεις σε πολλούς τομείς του οργανισμού:

1.Στίς επιδόσεις, επιταχύνοντας την υιοθέτηση «καλών πρακτικών», και προκαλώντας μείωση των λαθών και αποφυγή επανάληψής τους.

2.Στην κουλτούρα, προάγοντας την συνεργασία και την δημιουργία σχέσεων μεταξύ του προσωπικού.

3.Στην μάθηση, προάγοντας την αναζήτηση και πρόσβαση της γνώσης και της εμπειρίας.

4.Στην καινοτομία, αφού οι διασυνδέσεις και τα δίκτυα εργασίας, δημιουργούν νέα γνώση και νέες υπηρεσίες.

Η αναδιοργάνωση του NHS(2012), προκάλεσε, λόγω της αβεβαιότητας και της αναστάτωσης που επικράτησε, την φυγή από το σύστημα πολλών εξειδικευμένων ιατρών καθιστώντας ανέφικτη την πρόσβαση στις γνώσεις τους, επηρεάζοντας έτσι το σύνολο της οργανωσιακής γνώσης.Επιπλέον υπήρξε απώλεια γνώσης εξ' αιτίας της αντικατάστασης αποθετηρίων γνώσης και ιστοσελίδων από άλλες, δημιουργώντας ένα κενό γνώσης.

Αναγνωρίζοντας αυτό το γεγονός προτείνεται η διάχυση και ο διαμοιρασμός των καλύτερων πρακτικών, «σκοπός μας είναι η γρήγορη ανάπτυξη μοντέλων προαγωγής της υγείας και της ευεξίας, που εύκολα μπορεί να αναπαραχθεί στο μέλλον, οικοδομώντας συνεργασίες παρά εφαρμόζοντας τακτικές συμμόρφωσης από την κορυφή προς τη βάση», (NHS England, December 2014).

Από το 1998 είχε γίνει εμφανής η ανάγκη εύρεσης τρόπων διαχείρισης του συνεχώς αυξανόμενου όγκου πληροφοριών που η ανάπτυξη της τεχνολογίας συσσωρεύει στο NHS,(Sir J.A.Muir Gray, 1998).

Μιά οδηγία του 1997 ήδη συνιστούσε την δημιουργία βιβλιοθηκών και την εφαρμογή στρατηγικών διαχείρισης της πληροφορίας, «A Health Services Guideline, for Library and Information Services», (NHS Executive, November 1997).

Έκτοτε η προσπάθεια εστιάζεται αφ'ενός στην επίτευξη ευρύτερων τοπικών συνεργασιών, και την εξεύρεση των απαραίτητων πηγών χρηματοδότησης, και αφ'ετέρου στην διαχείριση της καταγεγραμμένης και στηριζόμενης σε ενδείξεις γνώσης, παρά στην επιτυχή διάχυση και διαμοιρασμό της εμπειρίας, και της εξειδίκευσης.

Έστω κι έτσι με την θεσμοποίηση του Chief Knowledge Officer, CKO,(διαχειρίζονται αποτελεσματικά αυτό που γνωρίζουν, σχετικά με αυτό που κάνουν), (Kaplan, September/October 2007), και της National electronic Library for Health(NeLH), το 1998, αρχίζει να προάγεται η κουλτούρα της διάχυσης της γνώσης, ενώ γίνεται κατανοητό πώς η υπάρχουσα γνώση, και η νέα που δημιουργείται, δεν μπορεί «να παραμένει μέσα στα κεφάλια των επαγγελματιών», (NHS Executive, September 1998).

Από το 2003, με την ίδρυση του National Knowledge Service, αναγνωρίζεται η ανάγκη για την εφαρμογή στρατηγικών προσεγγίσεων της γνώσης και της πληροφορίας που συγκεντρώνονται στο NHS, και για την παροχή υψηλής ποιότητας πληροφοριών στο προσωπικό και στους αρρώστους.Ιδρύεται η KM Specialist Library(τμήμα της National Library for Health), πού υποστηρίζει τις λειτουργίες της γνωστικής διαχείρισης, προσφέροντας παραδείγματα καλής διαχειριστικής πρακτικής.

Έως το 2007,υπήρχε η παραδοχή της ανάγκης ανάπτυξης ικανοτήτων διαχείρισης γνώσης, στις υπηρεσίες υγείας πρώτης γραμμής(Primary Care Trusts).Με την έναρξη του προγράμματος World Class Commissioning, το 2007, η διαχείριση της γνώσης αναγνωρίστηκε σαν μία από τις 11 οργανωσιακές ικανότητες,και τα PCTs έπρεπε να βασίζονται τις αποφάσεις τους στην εκπεφρασμένη και με ενδείξεις γνώση.

Την επόμενη χρονιά σε ανασκόπηση του καθηγητή Peter Hill,(NHS Health Library Services), τονίζεται ο θεμελιώδης ρόλος της γνώσης στο NHS,προτείνεται η είσοδος των CKOs σε όλη την έκταση του NHS, και εκτιμάται, πως η επιτυχία των οργανισμών σε τέτοιο οικονομικό περιβάλλον, εξαρτάται από την ικανότητα των ηγετών να δημιουργήσουν κουλτούρα και

στυλ, ώστε η γνώση να εκτιμηθεί, να επαυξηθεί και να εφαρμοστεί. Η στρατηγική της γνώσης γίνεται κεντρική στρατηγική του συστήματος, (Hill, March 2008).

Οι παροτρύνσεις του Hill, αντικατοπτρίζονται στις οδηγίες του Library Quality Assurance Framework (LQAF), που αναφέρονται στην υιοθέτηση των καλύτερων πρακτικών και στην προέλευση της γνώσης από την έρευνα, τα δεδομένα, και την εμπειρία του σώματος των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

Η έκθεση Darzi που δημοσιεύεται το 2008, εισάγει την σύσταση όλοι οι κλινικοί να ενεργούν με βάση τις ενδείξεις (evidence based practice), και εισηγείται την σύσταση του NHS Evidence, ώστε να επιτευχθεί η πρόσβαση στις αυθεντικές ενδείξεις, (Darzi, March 2008)

Το NHS Evidence εστίασε στην πρόσβαση σε κλινικές και μη κλινικές ενδείξεις, αλλά κυρίως στην διαθεσιμότητα των ενδείξεων. Παρ' όλα αυτά, από το 2008 έως το 2010 ο θεσμός των CKOs, εξαπλώθηκε και σε ορισμένες περιοχές πάνω από το 70% των οργανισμών του NHS, διέθεταν CKO. Αυτή την περίοδο υπάρχει η τάση να χρησιμοποιηθεί και γνώση βασισμένη στις ενδείξεις, και γνώση προερχόμενη από την εμπειρία. (Public Health England, October 2013).

Με τον Health and Social Care Act του 2012 επιχειρήθηκε αναδιοργάνωση του NHS. Αναπτύσσονται νέοι οργανισμοί, Health Education England (HEE), Public Health England (PHE), και ο NHS Improving Quality, που ενσωματώνει τον NHS Institute for Innovation and Improvement (2013), με σκοπό την ταχεία, διασπορά και διαμοιρασμό της ανεπτυγμένης γνώσης και εξειδίκευσης, ρητής και άρρητης. Ο ρόλος των CKOs αποδυναμώνεται και εξανεμίζεται. (Health education England, December 2014), (Health education England, March 2013).

Κατά την έκθεση του NHS (2015), υπάρχει ένας αριθμός προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν :

Η αναδιοργάνωση του 2012, οδήγησε στη δημιουργία κενού στην οργανωσιακή γνώση, λόγω της φυγής εξειδικευμένων ιατρών, της αβεβαιότητας και της ανησυχίας, απότοκος των οποίων ήταν η μείωση της εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών του προσωπικού, παράγων απαραίτητος για την μεταβίβαση της γνώσης.

Το NHS είναι ένας δημόσιος οργανισμός, που υποχρεούται να δρα σύμφωνα με τους περιορισμούς της εθνικής πολιτικής για την υγεία, παρά με βάση μόνο τους δικούς του οργανωσιακούς στόχους. Συνεπώς υπάρχει δυσκολία στην ευθυγράμμιση των εσωτερικών, ασθενοκεντρικών και ανθρωποκεντρικών γενικά, πολιτικών του με την εθνική πολιτική.

Λόγω επίσης του δημόσιου χαρακτήρα του, εστιάζει σε μη ποσοτικούς στόχους σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα. Έτσι είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί η επιστροφή κέρδους για μια επένδυση στην διαχείριση της γνώσης. Υπάρχουν λίγα παραδείγματα καινοτομικών

εφαρμογών στο δημόσιο τομέα, ώστε να αντληθούν πρακτικές οδηγίες για την εφαρμογή της διαχείρισης στον δημόσιο τομέα της υγείας, (Kothari, A., 2011).

Η παράθεση των προκλήσεων συνεχίζεται με την κοινή κουλτούρα διακίνησης της γνώσης, που πρέπει να αναπτυχθεί σε ένα εκτεταμένο δίκτυο διαφορετικών τμημάτων, με διαφορετικές επιμέρους κουλτούρες, και διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες. Η ιατρική πολλές φορές εφαρμόζεται υπό το πρίσμα του διπλού σωστό-λάθος, και δεν είναι τόσο ανταποκρίσιμη σε πιο ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις. Κατά παρόμοιο τρόπο μια κουλτούρα επίτευξης του στόχου που επιβάλλεται άνωθεν, αποτυγχάνει να συνδέσει τους επαγγελματίες, και να δημιουργήσει κοινή κουλτούρα.

Η εισαγωγή του CKO, που παρά την αρχική αποδοχή δεν διατηρήθηκε, καταδεικνύει ότι η επιτυχημένη καθιέρωση μιας αλλαγής ή ενός νέου ρόλου, απαιτεί συζήτηση και συναπόφαση-συμπαράγωγή με το προσωπικό, παρά απόφαση επιβαλλόμενη άνωθεν. Είναι πρόκληση η εισαγωγή νέων ρόλων, που αφορούν στην διαχείριση της γνώσης, και η διατήρησή τους επί μακρόν στην δομή του οργανισμού.

Η πρόκληση της τεχνολογίας παραμένει, λόγω της έλλειψης χρηματοδότησης, και είτε της αδυναμίας είτε της έλλειψης διάθεσης χρησιμοποίησής της. Θεωρείται ακόμα και σήμερα, σημαντικός παράγων διακίνησης της γνώσης, αν και η τάση οδηγεί στη χρήση περισσότερο ανθρωποκεντρικών μεθόδων διαχείρισης.

Τέλος η επικράτηση της Evidence Based Medicine, επιβεβαιώνει την επικρατούσα αντίληψη της κυριαρχίας της εκπεφρασμένης, επιστημονικής, τεκμηριωμένης, ρητής ιατρικής γνώσης, εις βάρος της γνώσης που προέρχεται από την εμπειρία, και την πρακτική εφαρμογή των καλύτερων λύσεων (experience based best practice), απαξιώνοντας έτσι την μεταβίβαση και χρησιμοποίηση τέτοιου είδους γνώσης, από το προσωπικό του NHS.

Αν και τα αποτελέσματα της εφαρμογής διαχείρισης της γνώσης δεν ήταν τα αναμενόμενα υπάρχουν παραδείγματα για μαθήματα που ελήφθησαν από άλλους οργανισμούς-επιχειρήσεις και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση ανάπτυξης νέων πρακτικών, ή ανάπτυξης νέων τρόπων μάθησης.

1. Οι χειρουργοί, και η ομάδα των πιτ- στοπς της Φερράρι.

Μια μέρα του 2003, οι χειρουργοί του νοσοκομείου Great Ormond Street Hospital, παρακολουθούσαν έναν αγώνα Φόρμουλα1, μετά από μια χρονοβόρα καρδιοχειρουργική επέμβαση στην οποία συμμετείχαν. Παρατήρησαν πως οι εναλλαγές που συνέβαιναν κατά την στάση των αυτοκινήτων με την συμμετοχή των μηχανικών στα πιτ-στοπς, είχαν μεγάλες ομοιότητες με την μεταφορά και παράδοση του ασθενούς από το χειρουργείο στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), μετά το τέλος μιας επέμβασης. Μια ομάδα επαγγελματιών, με ξεκάθαρους ρόλους, δουλεύουν μαζί, για την ολοκλήρωση ενός σύνθετου έργου, όσο πιο γρήγορα και ασφαλώς γίνεται.

Η χειρουργική ομάδα επισκέφθηκε και παρακολούθησε τους μηχανικούς της Φερράρι από κοντά, μελέτησε λεπτομερώς τις συγχρονισμένες εναλλαγές, και αφού συνέκρινε μέσω μιας μελέτης παρατήρησης τις δύο διαδικασίες, ανέπτυξε ένα αξιόπιστο, εύκολο στην εφαρμογή του πρωτόκολλο, για την μεταφορά του ασθενούς. Υιοθετήθηκαν από την διαδικασία των μηχανικών, ο καθορισμός συγκεκριμένου επικεφαλής της ομάδας, η ξεκάθαρη κατανομή του έργου, η καθορισμένη αλληλουχία των ενεργειών, και τα ξεκάθαρα κανάλια επικοινωνίας. Αυτή η ενορχηστρωμένη διαδικασία εξασφάλισε την ασφαλή μεταφορά από το χειρουργείο στην ΜΕΘ, με μείωση του χρόνου εναλλαγής του εξοπλισμού, και ύπαρξη πάντα πληροφοριών για τον ασθενή, και για την επέμβαση που προηγήθηκε. Η χειρουργική ομάδα έμαθε επί τόπου, και ενσωμάτωσε αυτό που έμαθε στην δική της εμπειρία, παράγοντας μια καινούρια προσέγγιση, ως προς την ταχύτητα και την ασφάλεια. Λόγω της εναλλαγής του προσωπικού στο νοσοκομείο, υιοθετήθηκε checklist διαδικασιών για κάθε εισαγωγή ασθενούς στο χειρουργείο.

Από το 2003 ως το 2005, πενήνα μεταφορές ασθενών εξετάστηκαν. Μειώθηκε και ο χρόνος μεταφοράς και τα τεχνικά λάθη, και η παράλειψη πληροφοριών.

2. UCLH και After Action Reviews(AARs).

Το University College London Hospitals, ανέπτυξε τις AARs με την φιλοδοξία να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που να ευνοεί την συνεχή μάθηση, απαραίτητη για την επίτευξη αλλαγών στην φροντίδα υγείας.

Το πρόγραμμα πρωτοξεκίνησε το 2008 και έως το 2009 τετρακόσια μέλη του προσωπικού είχαν εκπαιδευτεί να συμμετέχουν και να πραγματοποιούν reviews σε διάφορες καταστάσεις.

Η διαδικασία των AARs αρθρώνεται γύρω από τέσσερις ερωτήσεις:

Τι αναμενόταν να συμβεί;

Τι πραγματικά συνέβη;

Γιατί υπάρχει διαφορά μεταξύ τους;

Τι έμεινε σαν μάθημα απ' αυτό;

Οι αφηγήσεις του τι συνέβη, που δίνονται ως απάντηση στις παραπάνω ερωτήσεις παρουσιάζουν το πραγματικό ενδιαφέρον. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι μεσολαβητές του προγράμματος πως αυτό δουλεύει, και οι συμμετέχοντες να συμφωνήσουν σε πληροφορίες και σημεία μάθησης ώστε να είναι δυνατή η συλλογική εξ'αντανακλάσεως μάθηση.

Το 2013, το UCLA βραβεύτηκε για την εξαιρετική ασφάλεια των ασθενών, ως αποτέλεσμα του προγράμματος μάθησης και εκπαίδευσης, που περιελάμβανε και τις AAS,(Cronin,G., Andrious, S., 2013).

Ύπήρξαν λοιπόν επιτυχείς εμπνεύσεις στο παρελθόν, πάνω στις οποίες θα μπορούσε να χτιστεί το μέλλον, αλλά και μαθήματα τα οποία προσέφεραν στην δημιουργία γνώσης. Η μετεξέλιξη του NHS, σε οργανισμό που μαθαίνει, ετέθη ως στρατηγικός στόχος, αντιμετωπίζοντας συν τοις άλλοις, και την πρόκληση της επίτευξης μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας, με μικρότερη χρηματοδότηση, (The National Advisory Group Report (chaired by Professor Don Berwick), August 2013).

Πρέπει να υποστηριχθεί ανοιχτά μια κουλτούρα, για την ανάπτυξη της καλύτερης γνώσης, με την μίξη της συμφραζόμενης, τοπικής γνώσης και εμπειρίας, με τις πηγές γνώσης βασισμένης στις ενδείξεις.

Σύμφωνα με τους Kothari A. et. al. (2011),πρέπει να υιοθετηθούν εντός του NHS, ενεργοποιητές της διάχυσης της γνώσης, που απαντώνται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα:

Ατομικά μέτρα:Εξάσκηση, workshops, σεμινάρια.

Τεχνολογία: Αποθετήρια γνώσεων, πλατφόρμες για forums συζητήσεων.

Δίκτυα:Χάρτες ωρίμανσης γνώσης, και διαδικασιών διαχείρισης γνώσης.

Μέτρηση αξίας: Παραδείγματα ωφελειών της διαχείρισης γνώσης, στις εταιρίες.

Κοινότητες: Πρόσωπο με πρόσωπο, ή εικονική επικοινωνία, οι στόχοι ευθυγραμμίζονται με αυτούς του οργανισμού.

Προσέγγιση: Τα μέτρα της διαχείρισης γνώσης εισάγονται και υποστηρίζονται από τους κορυφαίους,(Kothari, A. et. al.,2011).

Η έκθεση του NHS, καταλήγει με τις παρακάτω συστάσεις για την ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας με χαρακτηριστικά οργανισμού,(οκτώ διαστάσεις διαχείρισης γνώσης: κουλτούρα, ηγεσία, βασισμένη στη γνώση πράξη, αύξηση του διανοητικού κεφαλαίου,περιβάλλον για συνεργατικό διαμοιρασμό γνώσης, δημιουργία οργανισμού που μαθαίνει, δημιουργία αξίας με βάση τη γνώση των μελών, μετατροπή διανοητικού κεφαλαίου σε αξία), που δημιουργεί αποτελεσματικές συμπεριφορές διαμοιρασμού της γνώσης, ικανού να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις:

Δημιουργία ικανοτήτων διαμοιρασμού και μάθησης.Προβολή πρακτικών παραδειγμάτων και ικανοτήτων μάθησης από την εμπειρία και τις ενδείξεις.Οι ικανότητες διαχείρισης να θεωρούνται αυτονόητα προσόντα του προσωπικού του NHS, ενώ οι κάτοχοι της γνώσης να συνδέουν τους κλινικούς με την γνώση των ενδείξεων.Το προσωπικό πρέπει να απαντήσει στο ερώτημα «τι υπάρχει μέσα σε αυτό για μένα;» και πρέπει να αντιληφθεί την ωφέλεια μέσω της μελέτης περιπτώσεων, ή της αφήγησης ιστοριών(story telling).

Υποστήριξη της ηγεσίας στη δημιουργία κουλτούρας και συμπεριφορών διαμοιρασμού της γνώσης. Χρησιμοποίηση της άρρητης γνώσης, για την ανάπτυξη του διανοητικού κεφαλαίου του συστήματος. Ενσωμάτωση δραστηριοτήτων διαχείρισης γνώσης σε αναπτυξιακά και προγράμματα αναπροσαρμογής, καθώς και υποστήριξη της ηγεσίας που υποστηρίζει την διάχυση και διαμοιρασμό της γνώσης μεταξύ των τμημάτων, αλλά και μεταξύ των οργανισμών, ενώ αντιθέτως δεν προάγει τον ανταγωνισμό εντός ενός κλειστού περιβάλλοντος (silo working), και την εφαρμογή προσεγγίσεων από πάνω προς τα κάτω (connected leadership).

Προβολή παραδειγμάτων της αξίας της διαχείρισης γνώσης στο NHS. Προβολή των αποτελεσμάτων της διαχείρισης της γνώσης στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα. Έμφαση στην έρευνα της ανταποδοτικότητας της επένδυσης σε διαχείριση γνώσης, για την ανάδειξη της αξίας της για το NHS.

Ανάπτυξη κοινοτήτων που διευκολύνουν τον διαμοιρασμό των καλών πρακτικών.

Δημιουργία εθνικού δικτύου υποστηρικτών της διαχείρισης γνώσης, και προώθηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματικών ομάδων. Επίσης δημιουργία επαφών με ειδικούς στην διαχείριση γνώσης, από άλλους οργανισμούς.

Χρησιμοποίηση της τεχνολογίας. Δημιουργία ενός εθνικού αποθετηρίου καλών πρακτικών στο NHS, που σχετίζονται με προσεγγίσεις σχετικά με την μάθηση και τον διαμοιρασμό της γνώσης. Η τεχνολογία χαμηλής κλίμακος όπως τα wikis και τα blogs, βοηθά στην συνεργασία και στην δημιουργία νέας γνώσης, (<https://www.england.nhs.uk>).

ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Υιοθετώντας τις πρακτικές της διαχείρισης γνώσης στον τομέα της υγείας, μπορούν να επωφεληθούν οι ασθενείς, οι εργαζόμενοι, οι οργανισμοί και συνολικά να βελτιωθεί η δημόσια υγεία. Αυτές οι πρακτικές έχουν συγκεκριμένους κοινούς σκοπούς όταν εφαρμόζονται στους οργανισμούς υγείας, όπως την εφαρμογή των καλών πρακτικών, την αποφυγή της ιατρικής αμέλειας, την ασφάλεια και την προστασία των ασθενών και γενικά την προαγωγή της υγείας του γενικού πληθυσμού, (Ioanna Karamitri, 2015).

Η διαχείριση της γνώσης σχετίζεται, κατά τους Chang et al. (2009), με την ηθική υπόσταση των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο, και είναι απαραίτητος παράγων εξισορρόπησης, καλύπτοντας το χάσμα εμπειρίας που δημιουργείται μετά από την αποχώρηση ενός έμπειρου υγειονομικού, ο οποίος αντικαθίσταται από κάποιον νεότερο με μικρότερη εμπειρία.

Είναι προτιμότερη μια ευρύτερη προσέγγιση της γνώσης στους οργανισμούς υγείας, με τις στρατηγικές μάθησης να έχουν τον σημαντικότερο ρόλο, στην επίτευξη της ποιοτικότερης προσφοράς υπηρεσιών υγείας, (De Lusignan et al., 2009).

Η δημιουργία της νέας γνώσης είναι απαραίτητη για έναν οργανισμό υγείας, και το πολύπλοκο περιβάλλον του. Η ρητή και καταγεγραμμένη γνώση που είναι ούτως ή άλλως σημαντική, πρέπει να προσαρμόζεται στο συγκεκριμένο περιβάλλον εφαρμογής της, σύμφωνα με τις τοπικά επικρατούσες επιδημιολογικές συνθήκες, τις τοπικές συνήθειες και τοπικά ήθη, ακόμα και τις τοπικές καιρικές συνθήκες.

Για την δημιουργία της νέας γνώσης, διαφορετικά είδη γνώσης, που προέρχονται από την έρευνα των ενδείξεων, την κλινική εμπειρία και επιδεξιότητα, αλλά και τις εμπειρίες των ασθενών, πρέπει να συνδυαστούν για να προκύψει η πρακτική η βασισμένη στις ενδείξεις. Η κινητήριος δύναμη της παραπάνω διαδικασίας, φαίνεται να είναι η αλληλεπίδραση, των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, (Gerrish K, 2011), (Ghosh B, 2005).

Η δημιουργία της νέας γνώσης, δεν είναι αρκετή για να αποκτήσει αξία. Πρέπει αυτή να διαχυθεί και διαμοιραστεί στους ενδιαφερόμενους, μέσω μιάς συνεχούς διαδικασίας, (Ioanna Karamitri, 2015). Σε αυτή την διασπορά της γνώσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα δίκτυα που δημιουργούνται μεταξύ μεμονωμένων επαγγελματιών, αλλά και μεταξύ ομάδων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αλλά δεν βρίσκονται σε άμεση επαφή, για παράδειγμα ομάδες προερχόμενες από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα που υπό άλλες συνθήκες δεν θα αλληλεπιδρούσαν, (Sylla et al., 2012).

Αυτή η αλληλεπίδραση συνίσταται κυρίως σε μετατροπή ρητής σε ρητή γνώση με την ανταλλαγή πρωτοκόλλων, και την χρησιμοποίηση πληροφοριακών τεχνολογιών συμβατών μεταξύ τους. Κατά την βιβλιογραφία οι άνθρωποι είναι θετικοί στο να μεταδώσουν την γνώση τους, αρκεί να έχουν κίνητρο για να το κάνουν, ενώ οι Lee και Hong (2014), ισχυρίζονται πως οι άνδρες και οι υψηλής εκπαίδευσης επαγγελματίες, έχουν την τάση να μοιραστούν την γνώση τους, (Lee HS, 2014).

Όλα τα παραπάνω χρειάζονται την τεχνολογία, αλλά κυρίως την δράση των ατόμων εντός των ομάδων και μεταξύ των ομάδων, δια της συνεργασίας, (Ioanna Karamitri, 2015). Οι δραστηριότητες μάθησης είναι βασικά στοιχεία του μοντέλου διαχείρισης δια της συνεργασίας, και συνίστανται σε μηνιαίες τηλεφωνικές συνδιασκέψεις, συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο, ανταλλαγή μηνιαίων αναφορών, ή on line συζητήσεις μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομίου, (e-mails), (Nembhard, 2012).

Για την εγκαθίδρυση και εδραίωση των πρακτικών της διαχείρισης της γνώσης στην υγεία, δύο παράγοντες είναι απαραίτητοι σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η ύπαρξη τρόπων μεταφοράς της γνώσης, και η αποτελεσματική ηγεσία, (Ioanna Karamitri, 2015).

Η χρήση των τεχνολογιών της πληροφορίας (Information technology), είναι απαραίτητος παράγων για την μετάδοση της γνώσης σύμφωνα με τους Chang et al., (2009). Δεν πρέπει όμως να επικεντρώνεται η διαδικασία στην χρήση εξειδικευμένης υψηλής τεχνολογίας, γιατί έτσι απεμπολείται η διάχυση της εμπειρικής και άρρητης γνώσης, που η διαχείρισή της είναι ακρογωνιαίος λίθος για την λειτουργία των οργανισμών υγείας και την παροχή

ποιοτικών υπηρεσιών.Οι επαγγελματίες θα χρησιμοποιήσουν ένα τέτοιο σύστημα, αν έχουν συμμετοχή στην δημιουργία του(wiki ή ιστοσελίδα), τους δοθούν κίνητρα ή η κατάλληλη εκπαίδευση,(Pearson et al., 2012).Η δομή των νοσοκομείων επηρεάζει την αποδοχή πρακτικών διαχείρισης γνώσης.Η ιεραρχική δομή με κουλτούρα αγοράς αποθαρρύνει την χρήση τέτοιων πρακτικών, ενώ αντίθετα η κουλτούρα της κατά περίπτωση αντιμετώπισης των προβλημάτων και της ομαδικής λειτουργίας την ευνοεί,(Yun,2013).

Η ηγεσία προάγει το όραμα, για την ανάπτυξη, την εδραίωση και την επιτυχία του οργανισμού.Σύμφωνα με τους Liu et al.,(2012), οι πρακτικές της ηγεσίας και οι συμπεριφορές που υιοθετεί και προάγει, είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες για την επιτυχία της διάχυσης και διαμοιρασμού της γνώσης, (Liu FC, 2012).Η ηγεσία πρέπει να προάγει την κουλτούρα της δια βίου μάθησης, και να προτρέπει τους υπαλλήλους να λύνουν προβλήματα.Να δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας, μέσω των οποίων μεταφέρεται η γνώση και η εμπειρίες,(ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες και πληροφοριακά συστήματα), και να προσπαθεί να εξαλείψει την έλλειψη εμπιστοσύνης, (Kümpers S, 2006).

Οι ηγέτες πρέπει να ανιχνεύουν τους ανθρώπους του οργανισμού που έχουν έφεση στην μεταφορά της γνώσης, να τους βοηθούν και να τους υποστηρίζουν.Είναι το ανθρώπινο δυναμικό που θα διεκπεραιώσει το πέρασμα από τη θεωρία στην πράξη, αλληλεπιδρώντας, καθοδηγώντας(mentoring), επικοινωνώντας, και διαμοιράζοντας την γνώση, (Gerrish K, 2011). Ο ρόλος των ηγετών είναι να δημιουργούν κίνητρα για την μεταφορά και διαμοιρασμό της γνώσης, κίνητρα που μπορεί να είναι υλικές ανταμοιβές, π.χ. η ετήσια επιβράβευση των καλύτερων πρακτικών, αλλά και μια υψηλότερη θέση του οργανισμού, στην κλίμακα της ανταγωνιστικότητας, (Sánchez-Polo MT, 2008).

Η επίδραση της ηγεσίας στην δημιουργία και διάδοση της γνώσης, έχει τονιστεί για την καθοδήγηση και έμπνευση, που εκτοξεύουν την οργανωσιακή γνώση, (Srivastava A, 2006).Ιδιαίτερα οι διαμορφωτές της γνώμης(opinion leaders), έχουν την μεγαλύτερη επίδραση διότι είναι αυτοί που έχουν την δικαιοδοσία, να κρίνουν την χρησιμότητα και την ακρίβεια της πληροφορίας, (Van de Walle S, 2010).

Από τους Karamitri et al.(2015), προτείνονται έξι θεμελιώδη στοιχεία, για την επιτυχή διαχείριση της γνώσης που παρουσιάστηκαν παραπάνω:

1.Πως γίνεται αντιληπτή η διαχείριση: σημειώθηκε πρίν η αντίληψη της ηθικής διάστασης της διαχείρισης γνώσης εντός των νοσοκομείων, και η σημασία της στην αναπλήρωση της οργανωσιακής γνώσης που χάνεται όταν ένας επαγγελματίας αποχωρεί.

2.Δημιουργία, ανάπτυξη, σύνθεση της γνώσης.

3.Μεταφορά, διακίνηση, διάχυση της γνώσης.

4.Συνεργασία μεταξύ ατόμων και ομάδων, αλλά και μεταξύ οργανισμών διαφορετικών τομέων.

5. Μέσα μεταφοράς της γνώσης.

6. Ηγεσία.

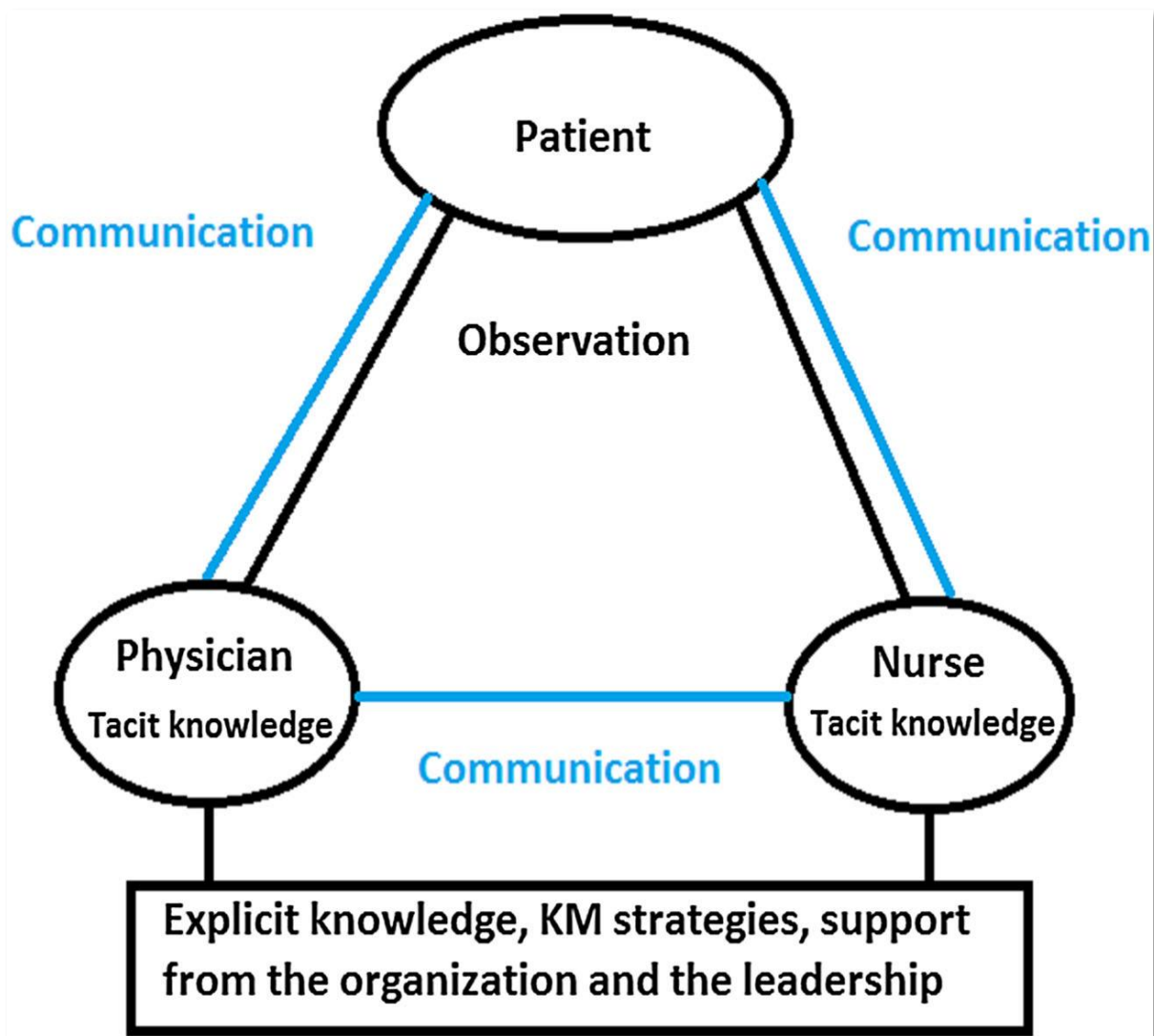
Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, από την δική τους σκοπιά, προτείνουν ένα περισσότερο *ανθρωποκεντρικό* παρά *συστημικό* μοντέλο διαχείρισης της γνώσης, στους οργανισμούς υγείας. Θεωρούν χρήσιμες στρατηγικές διαπροσωπικής διάχυσης και διαμοιρασμού, τις εκπαιδευτικές συναντήσεις (training sessions), τα εργαστήρια εκπαίδευσης (workshops), και τις συναντήσεις (meetings), ενώ θεωρώντας τα εργαλεία της τεχνολογίας της πληροφορίας απαραίτητα για την διάχυση της γνώσης, σημειώνουν πως πρέπει να είναι φιλικά προς τον χρήστη, ενώ δεν είναι μόνα τους αρκετά για την μεταφορά και την διάχυση της γνώσης.

Περιγράφουν μια τριγωνική σχέση αλληλεπίδρασης, μέσω της *παρατήρησης* και της *επικοινωνίας* μεταξύ εμπειρών και επιμελών επαγγελματιών της υγείας, και των ασθενών. Δεδομένα και πληροφορίες, που προκύπτουν μπορούν να συζητηθούν να κωδικοποιηθούν, και σε συνδυασμό με την ήδη υπάρχουσα κωδικοποιημένη γνώση, την υποστήριξη από τον οργανισμό και την κατάλληλη ηγεσία, να οδηγήσουν σε νέα γνώση. Πρόκειται για ένα μοντέλο επικεντρωμένο στον ασθενή, και όχι στην πληροφορία, (Ioanna Karamitri, 2015).

Τα προτεινόμενο μοντέλο που περιγράφεται παραπάνω, παρουσιάζεται σχηματικά στο σχήμα 11. Παρατηρούμε την κεντρική θέση της άρρητης, εμπειρικής γνώσης, για την επιτυχή διαχείριση και μεταφορά της γνώσης, που σύμφωνα με την βιβλιογραφία οδηγεί σε καλύτερες επιδόσεις στους οργανισμούς υγείας, (Wu and Hu, 2012).

Κατά την διαδικασία εφαρμογής στρατηγικών διαχείρισης και μεταφοράς της γνώσης, σε δημόσιους οργανισμούς υγείας, πρέπει να υπερπηδηθούν εμπόδια. Κατά τους Dobbins et al. (2004), ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια είναι ο περιορισμένος χρόνος, που διαθέτουν οι επαγγελματίες για να συμμετέχουν στη διαδικασία της διαχείρισης, (Dobbins M, 2004).

Η ποσότητα και η ποιότητα των πληροφοριών μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο. Είναι δύσκολο να αφομοιωθεί μερικές φορές, ένας μεγάλος αριθμός πληροφοριών, (Dobbins M, 2004). Εμπόδια επίσης, μπορεί να συνιστούν τα προβλήματα στη ροή των πληροφοριών, και η χαμηλή σχετικότητα της πληροφορίας που είναι διαθέσιμη σε τεχνικό επίπεδο, σε ποσότητα και σε σχέση με γραπτό υλικό, (Sylla et al., 2012). Η έλλειψη της ικανότητας χρησιμοποίησης των ενδείξεων για την βελτίωση της πρακτικής, αλλά και οι δυσκολίες στην ερμηνεία της επίσημης ακαδημαϊκής και τεχνικής-επαγγελματικής γλώσσας, συνιστούν κάποιες φορές προβλήματα που πρέπει να ανιχνευθούν και να ξεπεραστούν (Armstrong R, 2007).



Σχήμα 11. Το τρίγωνο της διαχείρισης της γνώσης στους οργανισμούς υγείας.

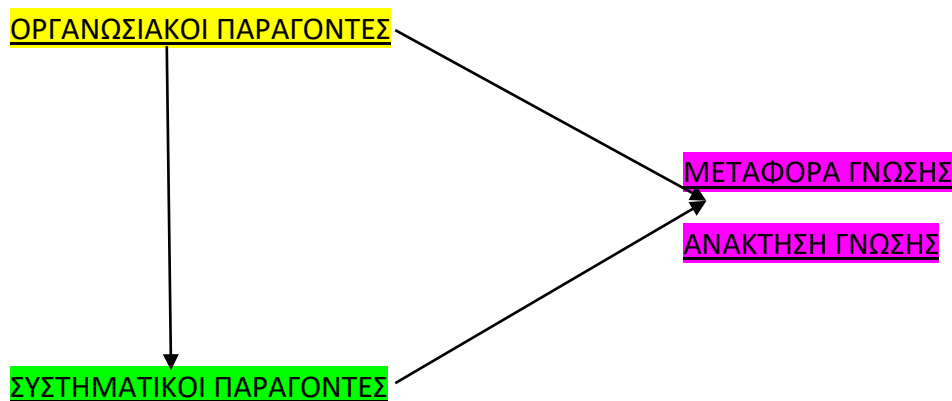
(Από: Karamitri I. et al., 2015).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες στην βιβλιογραφία που μελετούν τους παράγοντες, που επιδρούν στην επιτυχή λειτουργία ενός συστήματος διαχείρισης-μεταφοράς της πληροφορίας, στους οργανισμούς υγείας, (Nor'ashikin Alia, 2017).

Αρχικά οι παράγοντες που στην επίδρασή τους εστιάστηκαν οι διάφορες έρευνες, ήταν παράγοντες του συστήματος(system factors), όπως η ποιότητα του συστήματος μεταφοράς και η ποιότητα της ίδιας της μεταφερόμενης πληροφορίας, (W.H. DeLone, 1992).

Τα μοντέλα αυτά που εστίαζαν σε συστημικούς παράγοντες, βελτιώθηκαν και συμπληρώθηκαν, περιλαμβάνοντας και οργανωσιακούς παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδρούν στην επιτυχή μεταφορά της πληροφορίας, όπως η ηγεσία και η υποκίνηση (U.R. Kulkarni, 2007).

Έτσι μια ολοκληρωμένη δομή ενός συστήματος διαχείρισης για τους οργανισμούς υγείας, παρουσιάζεται στο σχήμα 12.



Σχήμα 12. Η δομή ενός συστήματος διαχείρισης γνώσης για την υγεία, (Από Ali, N. Et al., 2017).

Όσον αφορά στους *συστημικούς παράγοντες*, η αίσθηση της χρησιμότητας του συστήματος όπως εκλαμβάνεται από τους χρήστες του, είναι ισχυρός προγνωστικός παράγων, για την χρησιμοποίηση του συστήματος ως προς την διάχυση και ως προς την ανάκτηση της γνώσης. Από την άλλη μεριά το αίσθημα ικανοποίησης επηρεάζει την διαδικασία της ανάκτησης της γνώσης αλλά όχι την διαδικασία διαμοιρασμού της. Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι δεν έχει μεγάλη σημασία αν το σύστημα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ιατρών, γιατί αυτοί το θεωρούν χρήσιμο ούτως ή άλλως.

Η ποιότητα του περιεχομένου της γνώσης, είναι ο ισχυρότερος παράγων, για να θεωρηθεί χρήσιμο ένα σύστημα αλλά και για να επιτευχθεί ικανοποίηση από τη χρήση του. Εμμέσως μέσω αυτών, επηρεάζει την χρήση του συστήματος για τον διαμοιρασμό της γνώσης αλλά και την ανάκτησή της.

Όσον αφορά στην ποιότητα του ίδιου του συστήματος, (π.χ. ευχρηστικότητα, αξιοπιστία), αυτή επηρεάζει το αίσθημα χρησιμότητας και την ικανοποίηση από τη χρήση του, αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με την ποιότητα της γνώσης. Η επίδραση στην διάχυση και την ανάκτηση της γνώσης, ως έμμεση επίδραση υπάρχει, αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με την ένταση της επίδρασης της ποιότητας της γνώσης. Ένα χαμηλής ποιότητας σύστημα, θα μείωνε ίσως την ικανοποίηση των χρηστών ιατρών, αλλά θα διατηρούσε το

αίσθημα της χρησιμότητας, όσο η ποιότητα της μεταφερόμενης γνώσης διατηρείται σταθερή.

Τέλος το αίσθημα της ασφάλειας, δεν φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στην χρήση του συστήματος για διαμοιρασμό της γνώσης. Από την βιβλιογραφία είναι γνωστό πως η ασφάλεια των συστημάτων πληροφορικής στα νοσοκομεία είναι σε υψηλό επίπεδο, οπότε ακόμα και αυτοί που θεωρούν χαμηλό το επίπεδο ασφάλειας αισθάνονται ασφαλείς, (Katsikas, 2000).Γενικεύοντας στο θέμα, μια επιδίωξη αύξησης της ασφάλειας του συστήματος δεν θα είχε επίδραση στην διάχυση της γνώσης.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση του συστήματος επηρεάζεται ισχυρά από το αίσθημα της *χρησιμότητάς* του, και αυτό το αίσθημα αυξάνεται ανάλογα με την *ποιότητα* της γνώσης που το σύστημα διαχειρίζεται,(Ali, N. Et al.,2017).

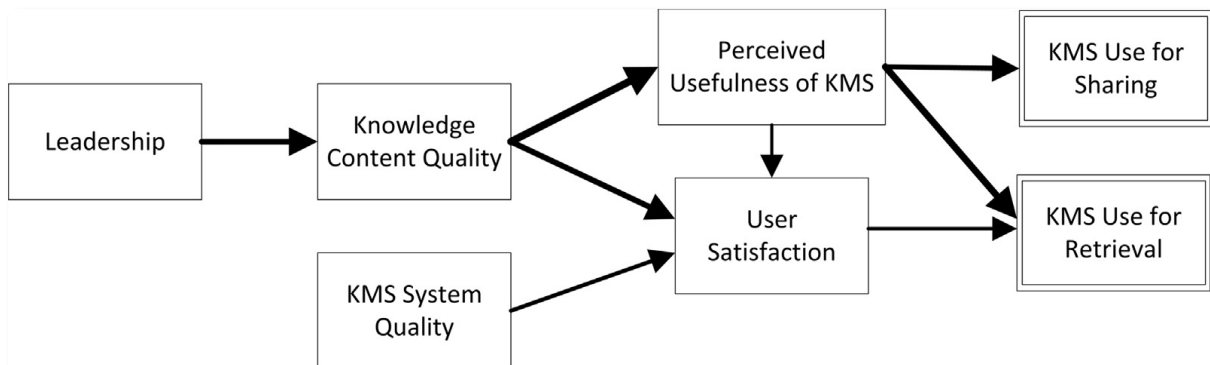
Ερευνώντας τους *οργανωσιακούς παράγοντες* η επίδραση της ηγεσίας στην ποιότητα της γνώσης, είναι σχετικά ισχυρή, αλλά η επίδραση στον διαμοιρασμό και την ανάκτηση της γνώσης δεν είναι άμεση αλλά έμμεση, μέσω της χρησιμότητας και της ικανοποίησης.

Η ηγεσία είναι παράγων που εμπειρικά δρα θετικά, αυξάνοντας την ποιότητα της κλινικής πράξης, (West, 2015).

Κατά τον Bass(1985), η μετασχηματιστική ηγεσία, προσφέρει ένα όραμα ελκυστικό για τον οργανισμό, προάγει την ανεξάρτητη δράση των επαγγελματιών, και τους ενθαρρύνει να υπερβούν τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα και επιδιώξεις, στηριζόμενοι σε αρχές που ευθυγραμμίζονται με τον ιατρικό επαγγελματισμό.Παρέχοντας η ηγεσία, την δυνατότητα ύπαρξης διαθέσιμης ποιοτικής γνώσης στο σύστημα διαχείρισης, προάγει την ουσία του υγειονομικού επαγγελματισμού, που είναι η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας,(Bass, 1985.).

Η υποκίνηση και τα κίνητρα, επιδρούν στον διαμοιρασμό της γνώσης, αλλά όχι στην ποιότητα του περιεχομένου της.Η υποκίνηση με άμεσα κίνητρα μάλλον θα αυξήσει την ποσότητα της διαμοιραζόμενης γνώσης παρά την ποιότητά της, σε αντίθεση με την εσωτερική υποκίνηση που προωθεί η ηγεσία, για την προσθήκη ποιοτικότερης γνώσης,(Garud et al. 2005)

Η κουλτούρα δεν φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην αντίληψη της χρησιμότητας ενός συστήματος, γιατί η κουλτούρα δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις άμεσα, αλλά μέσω της επίδρασης σημαντικών συνεργατών, που η προσωπική τους στάση φαίνεται να επηρεάζει τόσο τον διαμοιρασμό όσο και την ανάκτηση της γνώσης.Τα παραπάνω σχηματικά απεικονίζονται στο σχήμα 13.Έστω και έμμεσα φαίνεται να είναι σημαντικότερος ο ρόλος ης ηγεσίας, από τους οργανωσιακούς παράγοντες.



KMS: Knowledge management systems

Σχήμα 13. Οι σχέσεις των παραγόντων ενός συστήματος που είναι ισχυρές και στατιστικά σημαντικές (Από Ali, N. et al., 2017). (Τα εντονότερα βέλη υποδηλώνουν ισχυρότερη επίδραση).

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΝΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ(ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ)

Σε μια μελέτη για την διάχυση της γνώσης στα γερμανικά νοσοκομεία του 2011, οι ερευνητές επικεντρώνονται στην διαπροσωπική διαδικασία της μεταφοράς της γνώσης, αφού κατά τον Hedberg, (1981): «οι οργανισμοί δεν έχουν άλλο μυαλό και αισθήσεις από αυτά των μελών τους», θεωρώντας έτσι πώς και στο περιβάλλον του οργανισμού αλλά και σ' αυτό μεταξύ των οργανισμών, η *διαπροσωπική διαδικασία* έχει τον σπουδαιότερο ρόλο, και ξεχώρισαν την συνιστώσα της *προσφοράς* και τη συνιστώσα της *απόκτησης* της γνώσης. Κάποιος δηλαδή είναι ο δάσκαλος και κάποιος ο μαθητής, (Wilkesmann, 2009b). Στην καθημερινότητα ενός νοσοκομείου, οποιοσδήποτε από τους επαγγελματίες μπορεί να έχει και τους δύο ρόλους, (Uwe Wilkesmann, 2011).

Κατά τους συγγραφείς αυτή η αλληλεπίδραση δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη, έστω κι αν χωρίς αυτή δεν μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος ενός επαγγελματία υγείας, δηλαδή η *ίαση* ή η *βελτίωση* της υγείας ενός αρρώστου. Ειδικά αν θυμηθούμε ότι οι ιατροί καθορίζουν την επαγγελματική τους υπόστασή, από το απόθεμα της γνώσης τους (Freidson, 2001), και λαμβάνοντας υπόψη την *υπερεξειδίκευση* αυτής της γνώσης, κατανοούμε εύκολα την θέση των συγγραφέων, (42 ιατρικές ειδικότητες διαφοροποιούνται εντός των γερμανικών νοσοκομείων).

Οι συγγραφείς καταλήγουν πως η μεταφορά της γνώσης σε διαπροσωπικό επίπεδο, περιλαμβάνει δύο δράσεις, την *προσφορά* και την *απόκτηση* της γνώσης. Εξετάστηκαν σαν παράγοντες που επηρεάζουν τις δύο δράσεις, οι οργανωσιακές ευκαιρίες (organizational opportunities), η οργανωσιακή κουλτούρα (organizational culture), και η εσωτερική παρακίνηση (intrinsic motivation). Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τις δύο συνιστώσες της μεταφοράς της γνώσης σε διαπροσωπικό επίπεδο, με διαφορετικό τρόπο.

Για την προσφορά της γνώσης οι συγγραφείς καταλήγουν ότι για την *προσφορά* της γνώσης απαιτείται η ύπαρξη *ακροατηρίου*(audience), και μια κουλτούρα προερχόμενη από την αντίληψη του ανήκειν σε μία *ομάδα*(team support). Όταν υπάρχουν σημεία και χρόνος, όπου οι ιατροί εντός νοσοκομείου μπορούν να συναντηθούν και να συζητήσουν για διαγνώσεις και για μεθόδους θεραπείας, μειώνεται το κόστος προσφοράς της γνώσης, και η μεταφορά της γνώσης αυξάνεται όταν υπάρχει άμεση κοινωνική επαφή, (Baum, 1999). Με την δημιουργία τέτοιων, πρόσωπο με πρόσωπο(face to face), καναλιών επικοινωνίας μπορεί να επιτευχθεί η *προσφορά* της γνώσης, (Minbaeva, 2010). Αλλά και διαδικτυακά είναι δυνατή η δημιουργία ακροατηρίου με την χρήση του internet.

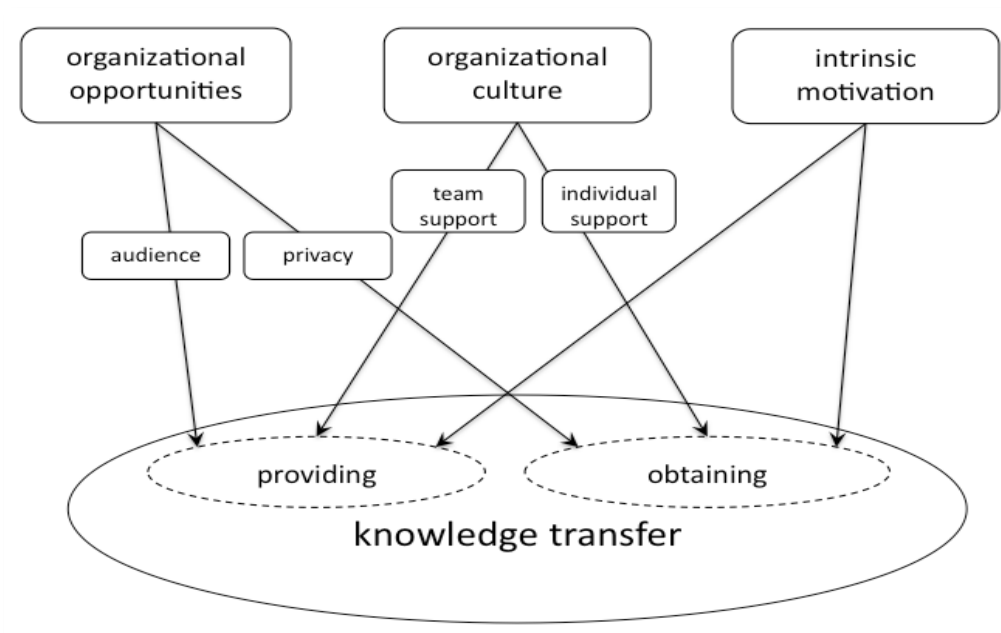
Η κουλτούρα της ομάδας από την άλλη πλευρά, αυξάνει την αμοιβαία *εμπιστοσύνη*(ασφάλεια), και προάγει την προσφορά της γνώσης επιβραβεύοντας αυτόν που το επιχειρεί (όχι χρηματικό βραβείο), χωρίς να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης(team support).

Όσον αφορά στην *απόκτηση* της γνώσης, η δημοσιοποίηση της ανάγκης κάποιου να αποκτήσει γνώση, παραδεχόμενος έτσι την «ανεπάρκειά» του, μπορεί να θεωρηθεί δυσφημιστικό γι' αυτόν. Έτσι η εξασφάλιση της *ιδιωτικότητας*(privacy), με face to face κατά μόνας συναντήσεις(πχ διαλείμματα), ή η χρήση βάσεων δεδομένων μπορούν να προάγουν την *απόκτηση* της γνώσης. Και βέβαια την *απόκτηση* της γνώσης την προάγει ένα ελεύθερο και υποστηρικτικό προς τον εργαζόμενο περιβάλλον(individual support), όπου τα προβλήματα επιλύονται ομαδικά, χωρίς να κατηγορείται κάποιος για την πιθανή άγνοιά του,(no blame culture).

Για την *προσφορά* και την *απόκτηση* γνώσης, απαιτείται *εσωτερική παρακίνηση*(intrinsic motivation). Η *εσωτερική παρακίνηση*, αναπτύσσεται σε ένα περιβάλλον στο οποίο ο εργαζόμενος, νοιώθει ισχυρά αυτοκαθοριζόμενος, και δεν μπορεί να επιβληθεί άνωθεν σύμφωνα με την θεωρία του αυτοκαθορισμού των Ryan and Deci,(2000).

Η ηγεσία από την πλευρά της πρέπει να δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη της *εσωτερικής παρακίνησης*, να επιβραβεύει τους έχοντες την διάθεση να μεταφέρουν την γνώση και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις στην καθημερινή ρουτίνα, για την ανταλλαγή της γνώσης, και την δυνατότητα απάντησης συγκεκριμένων ερωτήσεων, χωρίς η διαδικασία να βρίσκεται υπό το βλέμμα όλων των υπαλλήλων. Όταν δημιουργηθεί τέτοιο περιβάλλον τα μέλη του οργανισμού έχουν χρέος να δράσουν. Η κουλτούρα του οργανισμού, και η εσωτερική παρακίνηση, ευκολότερα αποδομούνται παρά οικοδομούνται. Γι' αυτό και τα μέλη του οργανισμού, πρέπει να θεωρούνται από την ηγεσία τα πολυτιμότερα στοιχεία, και έτσι να αντιμετωπίζονται.

Το μοντέλο που προτείνεται από τους συγγραφείς για την διαπροσωπική μεταφορά της γνώσης, μεταξύ των ιατρών ενός νοσοκομείου, έχει τη μορφή του σχήματος 14.



Σχήμα 14. Μοντέλο μεταφοράς γνώσης μεταξύ ιατρών σε νοσοκομείο, (Από Knowledge Transfer in German Hospitals, 2011).

Οι ίδιοι συγγραφείς σε προγενέστερη έρευνά τους, Wilkesmann, U. et al., (2007), διαπιστώνουν διαφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν την μεταφορά της γνώσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, σε σχέση με τους ιατρούς. Οι νοσηλευτές προσφέρουν γνώση, όταν υπάρχουν πολλαπλά κανάλια επικοινωνίας, ειδικά συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο, και μέσω του διαδικτύου. Η απόκτηση της γνώσης ενισχύεται από τις πρόσωπο με πρόσωπο συναντήσεις, και από την αίσθηση του ανήκειν σε ομάδα. Και οι δύο συνιστώσες της γνώσης ενισχύονται από την επίτευξη εσωτερικής παρακίνησης.

Το διαφορετικό επίπεδο έντασης της γνωστικής διαδικασίας, και η διαφορετική ιεραρχική δομή των δύο επαγγελματικών ομάδων, φαίνεται να ευθύνονται γι' αυτή τη διαφοροποίηση.

Κατά τους συγγραφείς η μάθηση στα νοσοκομεία περιλαμβάνει λιγότερους παράγοντες από την παραγωγή γνώσης. Η οργανωσιακή κουλτούρα, που γίνεται αντιληπτή ως ενδοεπιστημονική κουλτούρα ομάδας για τους νοσηλευτές και ως συνεκτικότητα της ομάδας για τους ιατρούς, καθώς και οι ανεπίσημες συναντήσεις, είναι οι κυριότεροι παράγοντες μάθησης. Η μάθηση είναι λιγότερο διαχειρίσιμη από την γνώση, γιατί εξαρτάται από στοιχεία που μπορούν να ελεγχθούν μόνο έμμεσα. Έτσι η ηγεσία πρέπει να δημιουργήσει το κατάλληλο περιβάλλον που να ευνοεί την μεταφορά της γνώσης, ώστε τα μέλη του οργανισμού να κινηθούν αυτοβούλως για να το επιτύχουν, (Wilkesmann, U. et al., 2007).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ EVIDENCE BASED MEDICINE(ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ).

Ο όρος της «evidence based medicine»,(EBM), πρωτοεμφανίζεται στην βιβλιογραφία το 1992, σε ένα άρθρο μιας πολυάριθμης ομάδος κλινικών επιδημιολόγων του Πανεπιστημίου Mc Master του Τορόντο, όπου οι ερευνητές παρουσιάζουν την EBM, ως «ένα νέο πρότυπο-παράδειγμα για την εφαρμογή της ιατρικής στην πράξη», και μια «νέα προσέγγιση στην διδασκαλία της άσκησης της ιατρικής»,(Περιοδικό JAMA, 1992).

Είκοσι χρόνια πριν ο Σκωτσέζος επιδημιολόγος Archie Cochrane, εξέφραζε επανειλημμένα την άποψη σε διαδοχικές διαλέξεις του, πώς οι εφαρμοζόμενες έως τότε θεραπείες, ήταν αμφιβόλου αποτελεσματικότητας και πρότεινε την εκτίμηση και αξιολόγησή τους, με μεθόδους απαλλαγμένες από προκαταλήψεις(bias), όπως οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες(Randomized Control Trials, RCT),(Cochrane, 1972).

Η πρώτη τυχαιοποιημένη RCT, διενεργήθηκε για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της στρεπτομυκίνης στην θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης, και τα αποτελέσματά της δημοσιεύτηκαν στο BMJ, τον Οκτώβριο του 1948, (ANONYMOUS., 1948).

Τέσσερα χρόνια μετά την πρώτη αναφορά,το 1996, και αφού η νέα ιδέα είχε εξαπλωθεί με την οργάνωση σεμιναρίων, έκδοση περιοδικών αλλά και μέσω των μέσων ενημέρωσης στο ευρύτερο κοινό, πέντε από τους συγγραφείς του άρθρου στο JAMA, μεταξύ των οποίων ο David L. Sackett και ο R. Brayan Haynes, δημοσιεύουν άρθρο στο BMJ, προσπαθώντας να διασαφηνίσουν «τι είναι και τι δεν είναι η EBM», και να αντιμετωπίσουν τις παρερμηνείες και τις στρεβλώσεις, που είχαν δημιουργηθεί, (SACKETT DL, 1996).

Η πρώτη εμφάνιση στην Ελλάδα του όρου, παρατηρείται σε σχόλιο του περιοδικού «Ιατρική», το 1998. Αρχικά θεωρήθηκε από το ιατρικό σώμα σαν μια απλή θεωρητική επινόηση, αλλά μερικά χρόνια αργότερα, το ενδιαφέρον αναζωπυρώθηκε, όταν διαφάνηκε πως και στην χώρα μας υπήρχε η πιθανότητα να καθιερωθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, έστω κι αν θεωρήθηκαν αρχικά, εμπόδια για την ελεύθερη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων από τους ιατρούς,(ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, 1998).

Έκτοτε η EBM εμφανίζεται σε προγράμματα συνεδρίων, στην ύλη πανεπιστημιακών προγραμμάτων, σε συγγράμματα, αλλά και σε ιστότοπους ιδιωτικών θεραπευτηρίων, που φέρνουν τον ασθενή στην εποχή της EBM.Ταυτόχρονα όμως η επί ενδείξεων βασισμένη ιατρική δέχτηκε μεγάλη αμφισβήτηση, και ως προς το κατά πόσο οι ενδείξεις είναι αποδείξεις, αν τελικά προσφέρει αυτά που υποστηρίζουν οι θιασώτες της, ποιοι είναι οι περιορισμοί της, αν είναι εργαλείο μεταφοράς της έρευνας στην κλινική ιατρική ή υποκατάστατο της λήψης ιατρικών αποφάσεων, αν είναι απαλλαγμένη από την επίδραση αντικρουόμενων συμφερόντων.Έτσι από αναγκαία μετάβαση της άκαμπτης και παραδοσιακής ιατρικής, στην ιατρική που βασίζεται στις ενδείξεις, στη συνεχή εκμάθηση,και εστιάζει στον ασθενή, κάποιοι συγγραφείς αναφέρονται στον δογματισμό της EBM, μιλώντας για την *ιδεολογία* του Σακεττισμού,(Sackettism).Σε αυτά θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στη συνέχεια,(Σπάρος, 2008).

Η ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ EBM

Η κλινική πληροφορία(ένδειξη), προέρχεται από δύο κύριες πηγές: τον ασθενή και από την δημοσιευμένη επιστημονική έρευνα.

Η ένδειξη ως πληροφορία, είναι η συλλογή δεδομένων, που συλλέγονται με συγκεκριμένο τρόπο, στον κατάλληλο χρόνο, και χρησιμοποιούνται στο κατάλληλο πλαίσιο.Βελτιώνει την γνώση και επιτρέπει στον λήπτη να λάβει την βέλτιστη απόφαση, (GALLIERS, 1987).

Οι πληροφορίες(ενδείξεις), πρέπει να αναζητηθούν, να ανακαλυφθούν και να δημιουργηθούν με την αναζήτησή τους στην ιατρική βιβλιογραφία.Μετά την αξιολόγησή τους με συγκεκριμένα κριτήρια, αν αποδειχθούν *έγκυρες, σημαντικές και εφαρμόσιμες*, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, (ANEΥΛΑΒΗΣ, 2005).Όλα τα βιβλιογραφικά δεδομένα δεν είναι ενδείξεις.

Η ένδειξη πρέπει:

Να αφορά συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, να είναι ορθή, επαρκής και κατανοητή σε αυτόν που θα την χρησιμοποιήσει.

Να λαμβάνεται στον κατάλληλο χρόνο, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί έγκαιρα.Όσο μικρότερος ο χρόνος, από την στιγμή δημιουργίας της ανάγκης εύρεσής της, έως την στιγμή που θα μπορεί να εφαρμοστεί, τόσο πλησιάζουμε τον πραγματικό χρόνο.

Ένας κλινικός ιατρός στη διάρκεια της ενασχόλησής του με την ιατρική, αντιμετωπίζει έναν τετραπλασιασμό της γνώσης που καλείται να διαχειριστεί, προϊόντος του χρόνου, και ενώ τα βιβλία που κυκλοφορούν είναι ξεπερασμένα ήδη όταν αρχίζει η κυκλοφορία τους, τα 25.000 περίπου ιατρικά περιοδικά, λίγα μπορούν να προσφέρουν σε έναν πολυάσχολο κλινικό ιατρό.Σήμερα με την χρήση βάσεων δεδομένων που έχουν προαξιολογήσει τις ενδείξεις, μπορούμε θεωρητικά να επιτύχουμε ή να προσεγγίσουμε τον πραγματικό χρόνο,(ANEΥΛΑΒΗΣ, 1993).

Εκτός από την ιατρική βιβλιογραφία, η δεύτερη κύρια πηγή της πληροφορίας-ένδειξης, είναι ο ασθενής, μέσω της λήψεως του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης, και των παρακλινικών εξετάσεων.Πρίν από την εμφάνιση και ανάπτυξη της EBM, ο κλινικός ανέτρεχε σε άλλες πηγές αναφοράς, για την προσέγγιση και διαμόρφωση λύσης κλινικών προβλημάτων.

*Αναφορά στο παθολογοφυσιολογικό μοντέλο.*Ακόμα κι αν υπήρχε το ανάλογο υπόβαθρο, η υπό διερεύνηση θεραπεία ή πρακτική μπορούσε να αποδειχθεί ακόμα και επικίνδυνη (πχ η χορήγηση συγκεκριμένων αντιαρρυθμικών φαρμάκων ενκαϊνίδης και φλεκαϊνίδης, είναι επικίνδυνη παρά το ισχυρό παθολογοφυσιολογικό της υπόβαθρο).

*Αναφορά σε κοινής αποδοχής πρακτικές.*Η κοινότητα των πρακτικών δεν αποτελεί από μόνη της ικανό παράγοντα μεταφοράς ιατρικής πληροφορίας, για την λήψη κλινικής απόφασης.Επιπρόσθετα μπορεί να γίνει επικίνδυνη μια τέτοια πρακτική, για συγκεκριμένο

άρρωστο, αν όλοι συμφωνούν στην ορθότητά της και δεν έχει υποβληθεί σε επιστημονική βάσανο.

*Αναφορά στην γνώμη του ειδικού.*Ο γνώμες των ειδικών πολλές φορές είναι αντίθετες με τις ενδείξεις από την έγκυρη επιστημονική έρευνα, ενώ και μεταξύ των ειδικών μπορεί να υπάρχουν συχνά αντιφατικές γνώμες για συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, (WILLIAMSON JW, 1989).

*Αναφορά στην εμπειρία(φαίνεται να αποδίδει).*Δεν αποτελεί επιστημονική μέθοδο λήψης κλινικής απόφασης, και ίσως να εκφράζει μερικές φορές μια αμυντική στάση λόγω άγνοιας.

*Αναφορά στην αυθεντία.*Αποτελεί αυθαίρετη γνώμη και δεν μπορεί να είναι μέθοδος επίλυσης κλινικών προβλημάτων.

Είναι λοιπόν φανερό πώς εκτός της αντικειμενικής κλινικής εξέτασης, η έρευνα της ιατρικής βιβλιογραφίας παρουσιάζει προβλήματα, τόσο ως προς τον έλεγχο της εγκυρότητας και σχετικότητας μιας ένδειξης, που οι κλινικοί ιατροί επικαλούνται, όσο και ως προς την υποσυνείδητη παραδοχή, πώς η γνώμη ενός ειδικού συνιστά την βέλτιστη κλινική πληροφορία,(ANEΥΛΑΒΗΣ, 2005).

Οι ανεπάρκεια του παραδοσιακού προτύπου λήψης της κλινικής απόφασης, να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις που έφεραν οι οικονομικές, κοινωνικές, επιστημονικές αλλαγές που θα παρατεθούν στη συνέχεια, οδήγησε στην γέννηση της EBM.

- Αύξηση των απαιτήσεων των <<καταναλωτών υγείας>> για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών, που να ανταποκρίνεται στα χρήματα που δαπανώνται γι αυτές.Μείωση του κόστους της υγείας(πχ η μέση τετραμελής αμερικανική οικογένεια, χρειάζεται να ξοδέψει μηνιαία για την φροντίδα της υγείας των μελών της, το 1/3 του μηνιαίου εισοδήματός της),(EDDY, 1995).
- Ταχύτατη αύξηση της επιστημονικής ιατρικής πληροφορίας, και ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, αναγκάζουν τον κλινικό ιατρό να αποδυθεί σε έναν αγώνα δρόμου ενημέρωσης και συνεχούς επικαιροποίησης των γνώσεών του, που είναι χαμένος εκ των προτέρων.Κάθε χρόνο δημοσιεύονται 6.000.000 ιατρικά άρθρα.Ευτυχώς μόνο το 15% αυτών που αναφέρονται σε συγκεκριμένο θέμα, είναι χρήσιμα(LOCK, 1994).
- Η ανάγκη ενός κλινικού ιατρού για πληροφορίες σχετικά με την διάγνωση την θεραπεία την πρόγνωση και την πρόληψη έχει πενταπλασιαστεί ανά νοσηλεύόμενο άρρωστο, ενώ έχει διπλασιαστεί για κάθε τρεις αρρώστους του εξωτερικού ιατρείου, (COWELL DG, 1985).
- Τα παραδοσιακά μέσα ιατρικής πληροφόρησης είναι πιά:
Παρωχημένα(συγγράμματα), (ANTAMAN EM, 1992).
Συχνά λανθασμένα(γνώμες ειδικών), (GEYMAN, 1998).
Χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα(ιατρική εκπαίδευση με δασκαλίστικο τρόπο), (DAVIS DA, 1997).

Μεγάλες διαφορές στην εγκυρότητα ιατρικών περιοδικών ώστε να είναι χρήσιμα στην κλινική πρακτική(ιατρικά περιοδικά), (HAYNES, 1993,).

- Προϊόντος του χρόνου, οι δεξιότητες και η κλινική εμπειρία ενός ιατρού αυξάνονται, ενώ η απόδοσή του και οι επικαιροποιημένες γνώσεις του μειώνονται, (SACKETT DL S. S., 2002).
- Μεγάλη πίεση και έλλειψη χρόνου, για την έρευνα της ένδειξης, ή για μελέτη(μισή ώρα την εβδομάδα), (SACKETT, 1998).

Φιλοδόξησε λοιπόν η EBM, να αποτελέσει τον μίτο της Αριάδνης,(ANEYΛΑΒΗΣ, 2005), και να οδηγήσει τον ιατρό, μέσα από τον λαβύρινθο των αντικρουόμενων πληροφοριών της βιβλιογραφίας και των ειδικών, την πίεση του χρόνου και την απαίτηση για μείωση του κόστους, στην δυνατότητα να λάβει την βέλτιστη κλινική απόφαση, προς όφελος του ασθενή, και να αποτελέσει το νέο ολοκληρωμένο πρότυπο-παράδειγμα της διδασκαλίας και άσκησης της κλινικής ιατρικής.

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΣΤΗΝ EBM

Το περιεχόμενο της ιατρικής βασισμένης στις ενδείξεις, μπορεί να κατανοηθεί, μέσα από την κατανόηση των «ενδείξεων», των χαρακτηριστικών τους και της ιεραρχημένης ταξινόμησής τους, ανάλογα με την ισχύ των μελετών, από τις οποίες αυτές προέρχονται.

Κατά τον David Lawrence Sackett, τον θεωρούμενο και πατέρα της EBM(απεβίωσε τον Μάιο του 2015, σε ηλικία 80 ετών, από χολαγγειοκαρκίνωμα), η ένδειξη είναι «η άριστη διαθέσιμη, εξωτερική ένδειξη, από συστηματική έρευνα», (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΙΣ, 2015).

Άριστη, γιατί όλες οι ενδείξεις δεν έχουν την ίδια ισχύ και πρέπει αυτή να καθορίζεται, ώστε να επιλέγεται η ισχυρότερη ένδειξη(η άριστη).

Διαθέσιμη, γιατί δεν υπάρχουν διαθέσιμες ενδείξεις για όλα τα κλινικά προβλήματα στην έρευνα της ιατρικής βιβλιογραφίας.Όταν υπάρχει έλλειψη ενδείξεων, δημιουργούνται γκριζες ζώνες(gray zones), (NAYLOR, 1995).

Εξωτερική, γιατί η ένδειξη αντιπροσωπεύει την εξωτερική συλλογική πείρα που είναι αποτέλεσμα της έρευνας, σε αντίθεση με την «εσωτερική» πείρα, την εμπειρία του ιατρού.

Συστηματική τέλος , γιατί η έρευνα πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες και μέθοδο.

Οι ενδείξεις της EBM προέρχονται από μελέτες, που κοινό χαρακτηριστικό έχουν, την ύπαρξη «καταληκτικών σημείων»(end points), για παράδειγμα εισαγωγή σε νοσοκομείο, νόσος, αναπηρία, θάνατος κτλ.

Οι μελέτες στις οποίες βασίζεται η EBM, διαχωρίζονται σε μελέτες παρατήρησης(*observational*), ή επιδημιολογικές, που είναι μελέτες χωρίς την παρέμβαση

του ερευνητή, και σε μελέτες που υπάρχει παρέμβαση του ερευνητή, κατά την διάρκειά τους, (Epidemiology series, 2002).

Οι μελέτες παρατήρησης είναι:

Οι μελέτες κοόρτης, και

οι μελέτες ασθενών-μαρτύρων ή αναδρομικές μελέτες(*case-control studies*).

Οι μελέτες κοόρτης, (cohort, από την ονομασία της ρωμαϊκής λεγεώνας cohorts, που παραπέμπει σε κίνηση προς τα εμπρός), ονομάζονται και *προοπτικές μελέτες*, συνίστανται στην παρακολούθηση δύο ομάδων ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά αλλά διαφορετικούς παράγοντες έκθεσης,(π.χ. καπνιστές μη καπνιστές), προϊόντος του χρόνου, για να διαπιστωθεί σε ποια ομάδα θα εμφανιστεί συχνότερα το καταληκτικό σημείο,(π.χ. καρκίνος του πνεύμονα).

Οι μελέτες ασθενών-μαρτύρων, ή *αναδρομικές μελέτες*, ανατρέχουν στο παρελθόν, αναζητώντας πληροφορίες σχετικές με παράγοντες έκθεσης(π.χ. κάπνισμα), για δύο ομάδες ατόμων που διαφέρουν μόνο ως προς τον καταληκτικό παράγοντα,(π.χ. καρκίνος του πνεύμονα).

Από τις μελέτες που διεξάγονται με παρέμβαση του ερευνητή, η κυριότερη είναι η *τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη*(Randomized Control Trial, RCT), που κατά τους ερευνητές αποτελεί το «gold standard», της Evidence Based Medicine, (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΙΣ, 2015) .

Η ομάδα ελέγχου (Control), σκοπό έχει να εξασφαλίσει στην μέθοδο την αντικειμενικότητα, να εξαλείψει δηλαδή την πιθανότητα πρόκλησης προκατάληψης(bias), σε αντίθεση με την προσωπική εμπειρία που δεν μπορεί να αποκλείσει την υποκειμενικότητα.

Η τυχαιοποίηση(Randomization), εξασφαλίζει την ισότιμη κατανομή στις ομάδες, των ατόμων με διαφορετικά χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, φύλο, συννοσηρότητα κ.τ.λ.), με την χρησιμοποίηση στατιστικά παραγόμενων πινάκων τυχαίων αριθμών.

Τέλος σε κάθε RCT, έχουν καθοριστεί εκ' των προτέρων τα καταληκτικά σημεία, και τα κριτήρια επιλογής των ατόμων που θα συμμετέχουν στην κλινική έρευνα.Το εύρος των πιθανών αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από την κλινική έρευνα, αντικατοπτρίζεται στον στατιστικό όρο «όρια αξιοπιστίας»(confidence interval), και είναι τόσο μικρότερο, όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του στατιστικού δείγματος(sample size), δηλαδή ο αριθμός των ατόμων που παίρνουν μέρος στην κλινική έρευνα.

Η αύξηση του στατιστικού δείγματος, επιτυγχάνεται με την διεξαγωγή της ίδιας μελέτης σε διαφορετικά κλινικά κέντρα (*πολυκεντρική μελέτη*), ή με την μέθοδο της *μετα-ανάλυσης*.

Η *μετα-ανάλυση*(*meta-analysis*), επιτυγχάνεται με την στατιστική συνολική επεξεργασία των αποτελεσμάτων ομοειδών κλινικών μελετών, αφού έχει προηγηθεί καλά σχεδιασμένη

συστηματική ανασκόπηση(Systematic Review) της βιβλιογραφίας, που επιλέγει τις καταλληλότερες κλινικές μελέτες, που θα υποστούν την στατιστική επεξεργασία της μετα-ανάλυσης, (ΓΑΛΑΝΗΣ, 2009) , (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΙΣ, 2015).

Η EBM διαχειρίζεται την αβεβαιότητα της κλινικής ιατρικής, και το πρώτο βήμα της εφαρμογής της είναι η ταυτοποίηση της αβεβαιότητας, δηλαδή η ανάγκη για πληροφόρηση, που μετατρέπεται σε κλινική ερώτηση, (Straus, 1998). Είναι το πρώτο στάδιο εφαρμογής, και το πρώτο από τα 4 «Α», που αγγλιστί, προσδιορίζουν τα τέσσερα στάδια εφαρμογής της EBM:

Asking, η ερώτηση πρέπει να είναι ακριβής, να αφορά απολύτως στο πρόβλημα και να μην είναι γενικευμένη. Αποτελείται από τέσσερα μέρη (μοντέλο PICO):

- Πρόβλημα, ποιά ομάδα ασθενών αφορά το πρόβλημα(Population)
- Προτεινόμενη αγωγή-παρέμβαση(Intervention)
- Σύγκριση(Comparison)
- Έκβαση-αποτελέσματα(Outcome),(Virgilio, 2007), (Schardt C, 2007).

Accessing, η πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων για την εύρεση των κατάλληλων ενδείξεων.

Appraising, η αξιολόγηση της ισχύος των ενδείξεων.

Applying, η εφαρμογή των ενδείξεων στον συγκεκριμένο ασθενή.

Ο ιατρός είναι αυτός που θα μετατρέψει την ανάγκη του για πληροφορία σε ερώτηση και θα εφαρμόσει τα ευρήματα της έρευνάς του, στην λήψη της κλινικής απόφασης για την αντιμετώπιση του προβλήματος του συγκεκριμένου ασθενούς. Η αναζήτηση και πολύ περισσότερο η αξιολόγηση των ενδείξεων, προϋποθέτουν γνώσεις και δεξιότητες που λίγοι ιατροί μπορεί να έχουν. Το έργο αυτό το αναλαμβάνουν επιτροπές ειδικών, που στην συνέχεια διατυπώνουν οδηγίες προς τους ασκούντες την ιατρική, (Κατευθυντήριες Οδηγίες, Guidelines).

Οι συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών, βαθμολογούνται με βάση την ισχύ των ενδείξεων στις οποίες βασίζονται(Level of Evidence). Διάφορα συστήματα αξιολόγησης και βαθμολόγησης των συστάσεων έχουν αναπτυχθεί π.χ. GRADE(Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation system). Η βαθμολόγηση των συστάσεων στο σύστημα αυτό, αποτελείται από ένα αριθμό (1 ή 2), που αντιπροσωπεύει την ισχύ της σύστασης(1 σημαίνει ισχυρή σύσταση, 2 σημαίνει ασθενής σύσταση στην οποία η σχέση κινδύνου/οφέλους δεν είναι ξεκάθαρη), και ένα γράμμα A, B, ή C, που αντιστοιχεί στην ποιότητα της επιστημονικής τεκμηρίωσης, δηλαδή στην ισχύ των ενδείξεων, που υποστηρίζουν την συγκεκριμένη σύσταση.

Ισχυρότερες ενδείξεις, θεωρούνται αυτές που προέρχονται από μετα-αναλύσεις πολλών RCT, ή από μεγάλες καλά σχεδιασμένες RCT. Λιγότερο ισχυρές είναι αυτές που προέρχονται από μελέτες παρατήρησης (κοόρτης και μελέτες ασθενών-μαρτύρων). Κατώτερης ισχύος

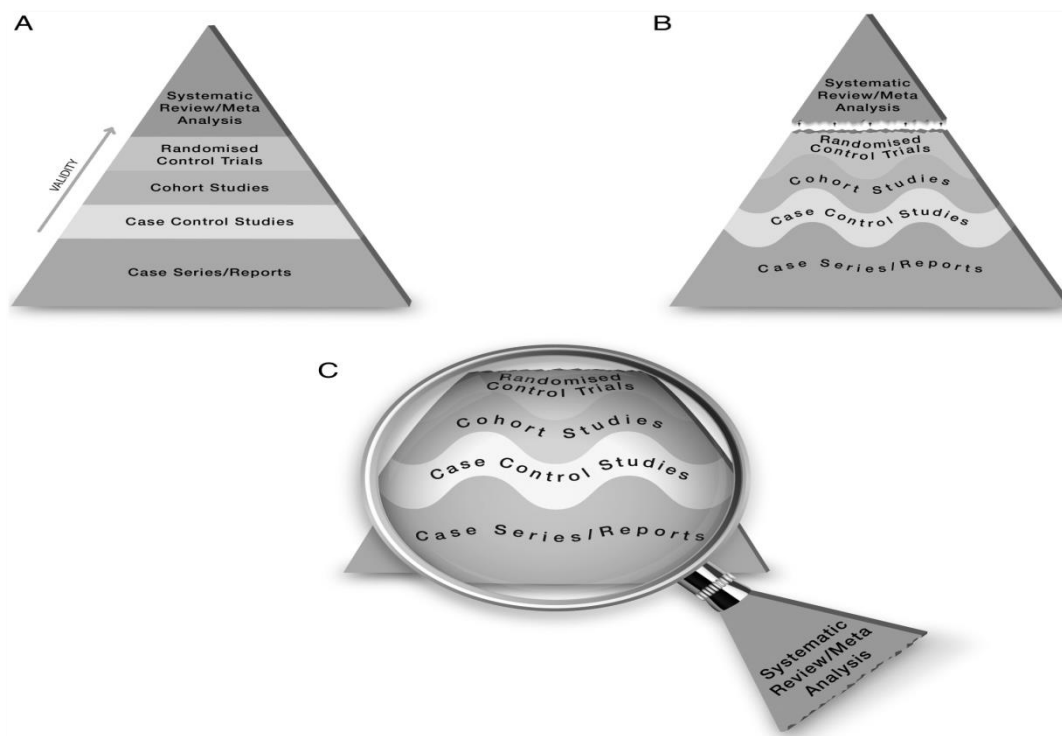
θεωρούνται αυτές που προέρχονται από μη τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, από σειρές ή περιγραφές περιπτώσεων, ή προέρχονται από γνώμες ειδικών,(ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, 2015).

Σχηματικά η ιεράρχηση των ενδείξεων, έχει αποτυπωθεί στην γνωστή πυραμίδα, που στην κορυφή της βρίσκονται οι *μετα-αναλύσεις* και οι *συστηματικές ανασκοπήσεις* και ακολουθούν οι κλινικές μελέτες, με φθίνουσα ισχύ, που τα χαρακτηριστικά τους περιγράφηκαν μόλις πριν. Η παραδοσιακή μορφή της πυραμίδας, θεωρείται πολύ απλουστευτική, αφού σε άρθρο του Evid Bas Med του 2016, αμφισβητείται η τοποθέτηση στην κορυφή της, των *συστηματικών ανασκοπήσεων* και των *μετα-αναλύσεων*. Όπως αναφέρεται η κλινική, στατιστική και μεθοδολογική ετερογένεια των *μετα-αναλύσεων*, μπορεί να εξηγηθεί, να ελαχιστοποιηθεί, αλλά όχι να εξαλειφθεί, γιατί αποτελεί έμφυτο περιορισμό τους. Επίσης οι πολυπλοκότητα και τα διλήμματα των *συστηματικών ανασκοπήσεων* μπορεί να οδηγήσουν σε αβεβαιότητα και λάθη, (Dechartres A, 2014)

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, η ομάδα εργασίας GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), θεώρησε ότι ο σχεδιασμός της μελέτης δεν αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα αξιοπιστίας, που μειώνει την πιθανότητα προκαταλήψεων(bias). Η ασυνέπεια, η ανακρίβεια, η μη αμεσότητα και άλλοι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της ένδειξης που είναι προϊόν μιας μελέτης, έστω κι αν ο σχεδιασμός της είναι καλός. Έτσι σε κάθε στιβάδα της πυραμίδας δεν υπάρχει «ομοιογένεια ποιότητας», και οι ενδείξεις μπορεί να είναι μειωμένης ή και αυξημένης ποιότητας σε σχέση με άλλες του ίδιου στρώματος. Αυτό αντικατοπτρίζεται σχηματικά με την κυματοειδή μορφή των διαχωριστικών γραμμών των στιβάδων.

Μια δεύτερη τροποποίηση της πυραμίδας προέκυψε από την θεώρηση, ότι μια *μέτα-ανάλυση* καλά οργανωμένων RCTs, δεν μπορεί να έχει την ίδια ποιότητα με μια *μέτα-ανάλυση* μελετών παρατήρησης, με αυξημένες πιθανότητες προκαταλήψεων. Έτσι προτάθηκε η αφαίρεση των *μετα-αναλύσεων* από την κορυφή και η χρησιμοποίησή τους ως μεγεθυντικού φακού, μέσω του οποίου εκτιμάται η ποιότητα των ενδείξεων των άλλων ειδών μελετών. Οι *συστηματικές ανασκοπήσεις* και οι *μετα-αναλύσεις*, είναι τα εργαλεία μέσω των οποίων καταναλώνεται και εφαρμόζεται η ένδειξη, (Murad MH, 2014), (M Hassan Murad, 2016 |). Τα παραπάνω απεικονίζονται στο Σχήμα 15.

Η αλλαγή της οπτικής, με την οποία αντιμετωπίζονται οι *συστηματικές ανασκοπήσεις*, και οι *μετα-αναλύσεις*, έχει επιφέρει σοβαρές αλλαγές στην αξιολόγηση των ενδείξεων και συνεπώς στην ισχύ των προερχομένων εξ'αυτών συστάσεων. Επαναξιολογώντας την ποιότητα των ενδείξεων π.χ. επιπέδου "Α" μέσω του GRADE, πιθανώς θα διαπιστώσουμε υψηλό, μεσαίο, χαμηλό ή και πολύ χαμηλό επίπεδο ποιότητας. Ως εκ τούτου, αλλάζει και η ισχύς της παραγόμενης σύστασης, ανατρέποντας στην πράξη την κλινική απόφαση, και αλλάζοντας άρδην, την βασισμένη στις ενδείξεις, αντιμετώπιση του αρρώστου, (MURAD, MH., 2014).



Σχήμα 15. Η προτεινόμενη νέα δομή της πυραμίδας των ενδείξεων: **A.** Η παραδοσιακή πυραμίδα **B.** Οι γραμμές διαχωρισμού γίνονται κυματιστές (GRADE), και οι μετα-αναλύσεις, αποχωρίζονται από την κορυφή **C.** Η αναθεωρημένη πυραμίδα: Οι συστηματικές ανασκοπήσεις ως μεγεθυντικός φακός, μέσω του οποίου εξετάζεται (εφαρμόζεται) η ένδειξη. Από (Evid Based Med, volume 21, August 2016).

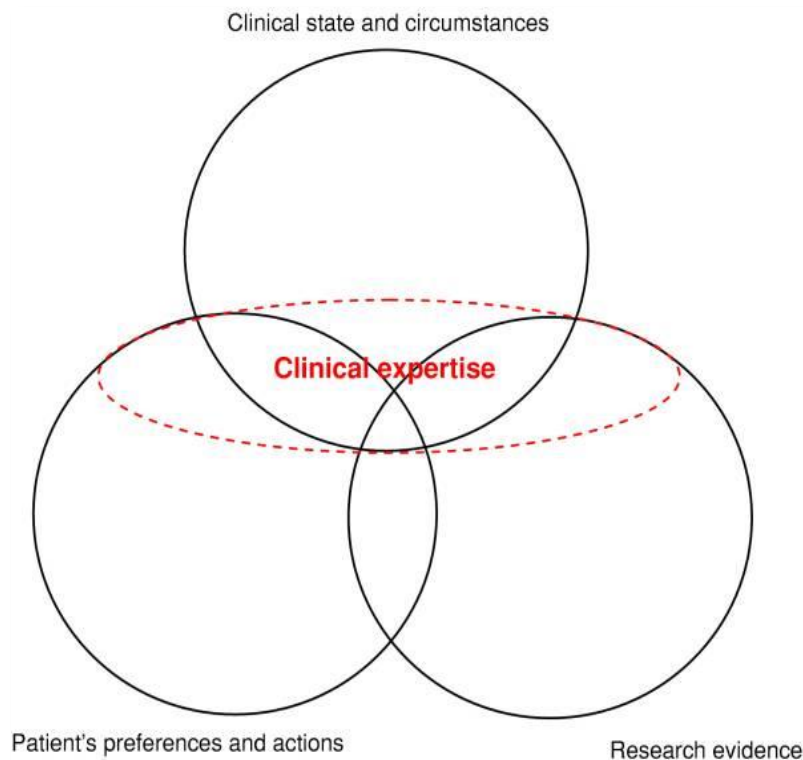
Evidence Based Medicine: ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ

Στο άρθρο που εισήγαγε τον όρο της EBM, η ομάδα εργασίας της EBM δηλώνει πώς «Η EBM υποβαθμίζει την σημασία της διαίσθησης, της μη συστηματοποιημένης κλινικής εμπειρίας, και του παθολογοφυσιολογικού υπόβαθρου, ως επαρκών προϋποθέσεων για την λήψη κλινικής απόφασης, και δίνει έμφαση στις ενδείξεις που απορρέουν από την κλινική έρευνα», (EVIDENCE BASED MEDICINE WORKING GROUP, JAMA, 1992).

Η κριτική απέναντι στις αρχικές θέσεις επικεντρώθηκε, τόσο στους περιορισμούς στην λήψη της κλινικής απόφασης που ετέθησαν στους ιατρούς, όσο και στην παράβλεψη του δικαιώματος των ασθενών, να κάνουν τις προσωπικές τους επιλογές, (Da Cruz, 2002).

Μια αναθεωρημένη εκδοχή, που προτείνεται από την ομάδα των επιδημιολόγων του Mc Masters, ως απάντηση στην κριτική, (2000), προσπαθεί να συμπεριλάβει την εμπειρία των ιατρών και τις προτιμήσεις των ασθενών «Η EBM είναι η συστηματική προσέγγιση στη επίλυση κλινικών προβλημάτων, που περιλαμβάνει τον συνδυασμό των άριστων διαθέσιμων ενδείξεων, με την κλινική εμπειρία του ιατρού, και τις αξίες των ασθενών», (SACKETT DL S. S., 2000).

Σχηματοποιώντας την νέα εκδοχή της EBM, οι ενδείξεις που προέρχονται από την κλινική έρευνα τοποθετούνται στον ένα από τους τρεις αλληλεπικαλυπτόμενους κύκλους. Στους άλλους δύο τοποθετούνται η κλινική κατάσταση του ασθενούς και οι συνθήκες υπό τις οποίες αυτή προκύπτει στον έναν, και η προτιμήσεις και αξίες του ασθενούς στον άλλο. Έτσι εισάγεται για πρώτη φορά στην EBM η εμπειρική άρρητη γνώση του ιατρού και του ασθενούς, που απεικονίζεται στο κέντρο, στο κοινό τμήμα και των τριών κύκλων (HAYNES R. D., 2002),(Σχήμα 16).



Σχήμα 16. Η αναθεωρημένη εκδοχή της άσκησης της EBM. (Από Haynes, 2002).

Κατά τον Haynes «Evidence does not make decisions, people do». Η EBM χάνει τον άκαμπτο χαρακτήρα της και η ένδειξη εξισώνεται θεωρητικά με τους άλλους παράγοντες, που είναι απαραίτητοι για τη λήψη της κλινικής απόφασης. Το παθολογοφυσιολογικό υπόβαθρο του συγκεκριμένου ασθενή, την εκπαίδευση, την πείρα και τα νοητικές ικανότητες του ιατρού, τις προτιμήσεις, τις αξίες και τη στάση ζωής του ασθενούς, (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, 2015).

ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ EBM

Η κριτική αντιμετώπιση της EBM, επικεντρώνεται στην επάρκεια της, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την αποδοχή των RCTs, ως των αποκλειστικών εργαλείων αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας, και των συχνά αντικρουόμενων πια αποτελεσμάτων των κλινικών μελετών και των συνεπακόλουθων συστάσεων που απορρέουν από αυτές. Χαρακτηριστικό είναι ακραίο σχόλιο του BMJ (2003), που σκωπτικά προέτρεπε να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της προστασίας που προσφέρει το αλεξιπτώτο σε πτώσεις από μεγάλο ύψος, με κλινική μελέτη, στην οποία η ομάδα των μαρτύρων να αποτελείται από δογματικούς υποστηρικτές της EBM, (SMITH, 2003).

Υπάρχει βέβαια και η αμφισβήτηση ως προς το ότι η EBM υποβαθμίζει την κλινική εμπειρία των ιατρών, την πολύτιμη άρρητη προσωπική γνώση και τις επιθυμίες και αξίες των ασθενών, θεωρώντας τις «ενδείξεις» προάγγελο της απόλυτης αλήθειας, ενώ ουσιαστικά είναι «πιθανολογούμενη» αλήθεια, ως προϊόν της εφαρμογής στατιστικών μεθόδων. Στην περισσότερο φιλοσοφική αυτή πτυχή της κριτικής, θα επανέλθουμε σε επόμενο κεφάλαιο.

Ένα από τα κύρια σημεία κριτικής της EBM, είναι η ύπαρξη των γκριζών ζωνών (gray zones), δηλαδή τα αναπάντητα ερωτήματα θεραπευτικής ή προγνωστικής φύσεως που συναντώνται στην καθημερινή κλινική πρακτική και δεν έχουν απαντηθεί, στα περίπου τριάντα χρόνια της εισαγωγής της EBM στην καθημέρα πράξη. Αυτό είναι αποτέλεσμα είτε της αδυναμίας ελέγχου των σχετικών ερωτημάτων με RCTs για πρακτικούς, ή δεοντολογικούς λόγους, είτε διότι τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών που σχεδιάστηκαν για την απάντησή τους είναι αντικρουόμενα, (DEARLOVE, 1995).

Για τις απαντήσεις στα ερωτήματα των «γκρίζων ζωνών», ο ιατρός πρέπει να καταφύγει στην προσωπική του γνώση και εμπειρία, ή στην γνώμη του ειδικού, πηγές που η EBM αρχικά υποβάθμισε.

Ως προς τις RCTs, υπάρχει δυσκολία να σχεδιαστούν μεγάλες, καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες, από τις οποίες θα προέκυπταν ισχυρές ενδείξεις αποτελεσματικότητας, (SCHIELE, 2005). Επιπροσθέτως η τοποθέτηση ασθενών στην ομάδα ελέγχου, σε τέτοιες μελέτες, θα ήταν αντίθετο στους κανόνες της ιατρικής ηθικής, (STRAUS, 2000).

Οι RCTs έχουν κατηγορηθεί ότι ενώ τα αποτελέσματά τους αφορούν συγκεκριμένο πληθυσμό (που έχει επιλεγεί με συγκεκριμένα κριτήρια), τα συμπεράσματα θεωρείται ότι ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό, και πιθανόν άτομα που έχουν διαφορετικό βιοτικό επίπεδο, και τρόπο ζωής, (π.χ. αποτελέσματα μελετών σε άτομα οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών, επεκτείνονται και σε άτομα αναπτυσσόμενων και φτωχών χωρών). Συν τοις άλλοις οι ασθενείς των κλινικών δοκιμών, έχουν στενότερη παρακολούθηση από τη συνήθη στην καθημερινή κλινική πρακτική, και ως εκ τούτου δεν μπορούν να εξομοιώνονται με τους ασθενείς που αντιμετωπίζονται έξω από το προστατευτικό περιβάλλον μιας κλινικής μελέτης, (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, 2015).

Κατά τον Ioannidis(2014), το μεγαλύτερο πρόβλημα των RCTs, έγκειται στον τρόπο χρησιμοποίησής τους, (IOANNIDIS, 2014).Περίπου το 1/3 από αυτές χάνονται επειδή δεν δημοσιεύονται, ενώ υπάρχουν και αυτές που ούτε καν καταγράφονται, γράφει.

Από αυτές που καταγράφονται, αρκετές δεν τελειώνουν, είτε γιατί δεν καταφέρνουν να εντάξουν μεγάλο αριθμό ασθενών στην έρευνα, είτε γιατί προκύπτουν νέα δεδομένα για τις υπό έλεγχο θεραπείες, κατά την διάρκεια διεξαγωγής τους.Επίσης επισημαίνεται ότι μια μελέτη με αρνητικά αποτελέσματα, έχει πολύ μικρότερη πιθανότητα δημοσίευσης, σε σχέση με μια μελέτη που παρουσιάζει ευνοϊκά αποτελέσματα,(φαινόμενο «προκατάληψης στη δημοσίευση»-publication bias), (EASTERBROOK, 1991).

Όσον αφορά στις μελέτες που δημοσιεύονται, πολλές κατηγορούνται ότι από τα αρχικά τους καταληκτικά σημεία, άλλα δεν ανακοινώνονται, και άλλα «προσαρμόζονται», ώστε να προβάλλονται τα θετικά τους συμπεράσματα και να υποτιμώνται τα αρνητικά.Κατά τον Ioannidis, τα ερωτήματα πολλών κλινικών μελετών είναι άσχετα με την καθημερινή κλινική πράξη και έτσι η διενέργειά τους είναι απλά χάσιμο χρόνου,(Ioannidis, 2014).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες(guidelines), που προκύπτουν από την αξιολόγηση των ενδείξεων υπερβαίνουν τις 2.500, ως αποτέλεσμα της διάδοσης της EBM. Ο μεγάλος αριθμός τους, και το γεγονός ότι ομάδες ειδικών μπορούν να αυτοπροσδιορίζονται ως επιτροπές έκδοσης οδηγιών, δημιούργησαν προβλήματα, όπως την έκδοση οδηγιών που στην ουσία είναι συνισταμένη απόψεων ειδικών, ή την έκδοση οδηγιών που προτείνουν διαφορετικές λύσεις για ένα κοινό κλινικό πρόβλημα, δημιουργώντας τελικά σύγχυση στον μέσο ιατρό που θα κληθεί να τις εφαρμόσει ,(ATKINS, 2004).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να επηρεαστούν ως προς την ποιότητά τους, από τον φορέα που υποστηρίζει την δημιουργία τους(κρατικοί φορείς, ιατρικές, φαρμακευτικές εταιρίες, ασφαλιστικές εταιρίες).Γι'αυτό έχουν κατηγορηθεί ως μέσο προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων ή ότι οι συγγραφείς τους έχουν οικονομικά κίνητρα, (CHOUDHRY, 2002).

Είδαμε πρὶν πὼς ἡ ἀπάντησις στὴν κριτικὴ θεώρησις τῆς EBM, ἦταν τὸ ἀναθεωρημένο πρότυπο τῆς ἀπὸ τὸν Haynes, ὅπου οἱ ἐνδείξεις ἔχουν τὴν ἴδια σημασίᾳ με τὴν κλινικὴ εἰκόνα καὶ τὶς συγκεκριμένους συνθήκες, τὶς ικανότητες καὶ τὴν πείρα τοῦ ἰατροῦ, καὶ τὶς ἀξίες καὶ προτιμήσεις τοῦ ἀσθενούς,(Haynes, 2002).Στὴν παραδοχὴ αὐτῆ, τίθεται ἡ βάση γιὰ τὴν φιλοσοφικὴ ἀμφισβήτησις τῆς EBM, ἀφοῦ ἀν οἱ «αντικειμενικὲς» ἐνδείξεις εἶναι ἰσάξιες τῶν «υποκειμενικῶν» προσωπικῶν γνώσεων καὶ ἀξιών ἰατρῶν καὶ ἀσθενῶν, τότε γιὰ ποία Evidence Based Medicine μιλάμε; (McHugh, 2014).

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί ο τρόπος χρήσης των RCTs, έχει προταθεί η ελεύθερη πρόσβαση στα δεδομένα των μελετών μετά την δημοσίευσή τους ώστε αυτά να μπορούν να υποστούν επεξεργασία και από άλλους ερευνητές, ενώ έχει εφαρμοστεί η καταγραφή των μελετών σε βάσεις δεδομένων, ώστε να μην αποκρύπτονται αυτές που δεν καταλήγουν σε επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ και πολλά περιοδικά

αρνούνται να δημοσιεύσουν μελέτες που δεν έχουν καταγραφεί,(KRUMHOLZ, 2014), (SNIDERMAN, 2009).

Οι γκρίζες ζώνες μπορεί να υπάρχουν αλλά προτείνεται να θεωρηθούν ως κίνητρο για νέες μελέτες, ενώ αξιόπιστη πηγή για την εξεύρεση ενδείξεων είναι η Cochrane Library (<http://www.cochranelibrary.com/>), που περιλαμβάνει συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, (LEVIN, 2001).

Για τα προβλήματα των κατευθυντήριων οδηγιών, έχουν προταθεί διάφορες λύσεις, όπως:

- Η ενίσχυση των επιτροπών σύνταξης με διαφορετικών ειδικοτήτων ειδικούς, επιδημιολόγους, στατιστικούς, υπευθύνους χάραξης πολιτικών υγείας.
- Καταγραφή των διαφωνιών των μελών της επιτροπής στο τελικό κείμενο
- Επαναξιολόγηση των συστάσεων πριν την δημοσίευσή τους
- Η καταγραφή των τυχόν οικονομικών σχέσεων των μελών της επιτροπής με την φαρμακοβιομηχανία
- Έκδοση οδηγιών για την σύνταξη κατευθυντήριων συστάσεων από διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Συμβούλιο της Ευρώπης,(SNIDERMAN 2009).
- Κατάλληλη εκπαίδευση, των ιατρών στην κατανόηση τεχνικών απαραίτητων όρων, όπως σχετικός ή απόλυτος κίνδυνος κ.τ.λ. ώστε να μπορούν να εφαρμόσουν την EBM, (McCOLL, 1998).

Το 2013 το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης και το Τμήμα Επιστημών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οργάνωσαν συνάντηση 16 επικριτών και υποστηρικτών της EBM που ονομάστηκε Ομάδα Αναγέννησης της EBM, για να εξετάσουν αν η EBM βρίσκεται σε κρίση ή αδιέξοδο, (GREENHALGH, 2014)

Τα συμπεράσματα της συνάντησης δημοσιεύτηκαν τον Ιούνιο του 2014 στο BMJ.Οι συντάκτες διετύπωσαν την άποψη ότι η EBM δεν αποτελεί ξεπερασμένο πρότυπο.

Συμφώνησαν δε πώς με την συνεργασία όλων των ενδιαφερομένων: ασθενών, κλινικών ιατρών, εκπαιδευτών, παραγωγών και εκδοτών κειμένων ενδείξεων, υπεύθυνων χάραξης πολιτικών υγείας, χρηματοδοτών, ερευνητών από διάφορους ακαδημαϊκούς χώρους, να επιστρέψει η EBM στις αρχικές δεσμεύσεις.

Διατυπώνουν επίσης την άποψη ότι η αληθινή EBM (real EBM), πρέπει να είναι επικεντρωμένη στον ασθενή (patient centered) και έχει ως προτεραιότητα την ηθική φροντίδα του ασθενή,(ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, 2015).

Επίσης τόνισαν ότι οι ιατροί πρέπει να αναζητούν εξατομικευμένες και κατανοητές ενδείξεις για τον κάθε ασθενή, να αποφασίζουν με κρίση για την λήψη αποφάσεων και να μην εφαρμόζουν μηχανικά οδηγίες,(cookbook medicine).

Τέλος δίνουν οδηγίες για τα χαρακτηριστικά των κατευθυντήριων οδηγιών, τους όρους που πρέπει να τηρούν οι εκδότες των οδηγιών, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας και οι ερευνητές.

Τονίζουν ότι η πραγματική EBM βασίζεται στην δυνατή σχέση ιατρού ασθενή, και στις ανθρώπινες πλευρές της ιατρικής φροντίδας, στην ενημέρωση του ασθενή και στην συμμετοχή του στις αποφάσεις.

Στις μέρες μας που οι χρόνιες ασθένειες, κυριαρχούν ο ιατρός δρομολογεί την πορεία του αρρώστου, παρά θεραπεύει οξείες καταστάσεις, ενώ για τους ασθενείς η ασθένεια είναι ένα κομμάτι της ζωής τους, με αποτέλεσμα η σχέση ιατρού ασθενή να μετατρέπεται σε μόνιμη. Ο ιατρός γνωρίζει ποια θεραπεία βελτιώνει την υγεία του ασθενή, και ο ασθενής γνωρίζει ποιες βελτιώσεις και πως επηρεάζουν την καθημερινή του ζωή, ανάλογα με τα συναισθήματα, τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις επιθυμίες του. Επικοινωνούν στο επίπεδο των γνώσεων και των αξιών, και λαμβάνουν μαζί μια τελική απόφαση που είναι προς το καλό του ασθενούς, (ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ, 2010).

Η ανάπτυξη της ανθρώπινης σχέσης ιατρού ασθενή, προϋποθέτει την ανάπτυξη εκ μέρους του ιατρού της ενσυναίσθησης, μιάς «υποκειμενικής», μη μετρήσιμης ιδιότητας. Τίθεται έτσι η αμφιβολία της ισχύος και της κυριαρχίας των ενδείξεων. Μήπως η EBM μετατρέπεται σε Patient Based Medicine;

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΣΗ(POLANYI)-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ

Το πλαίσιο για την κατανόηση της ιατρικής γνώσης, το δημιούργησε ο Polanyi(1958), με το βιβλίο του: Personal Knowledge: Towards to Post-Critical Philosophy. Η γνώση παρουσιάζει δυο αντίθετες αλλά συμπληρωματικές διαστάσεις: την ρητή-άρρητη και την ιδιαίτερη, συγκεκριμένη, εξειδικευμένη(particular)-γενική(general) διάσταση,(Polanyi, 1958).

Ξεχωρίζοντας αυτές τις διαστάσεις της ιατρικής γνώσης, μπορούμε να ξεκαθαρίσουμε γιατί διαφορετικά είδη γνώσης είναι απαραίτητα για την επιτυχή ιατρική πράξη, για παράδειγμα η γνώση της φυσιολογίας και η καλή γνώση του ιατρικού ιστορικού, ενώ επίσης μπορούμε να διακρίνουμε πως διαφέρει το πλαίσιο πάνω στο οποίο οικοδομούμε την αλήθεια, ανάλογα με το πώς η γνώση κατανέμεται εντός αυτού, (Hugh Marshall McHugh, 2015).

Ο Polanyi θεωρεί ότι η γνώση προέρχεται από το ανήσυχο πνεύμα, και πάντα εξαρτάται από την προσωπική αξιολόγηση και δέσμευση του κατόχου της. Εντούτοις δέχεται ότι μπορεί η γνώση να έχει και μια γενικευμένη διάσταση, γιατί είναι συνδεδεμένη με την πραγματικότητα, και αυτή η σύνδεση υποδηλώνει την ύπαρξη της. Υπό αυτό το πρίσμα, η έννοια της «προσωπικής γνώσης» ενοποιεί την ιδεαλιστική και ρεαλιστική παράδοση.

Η επιστημονική μέθοδος, παραδοσιακά στοχεύει στην ανακάλυψη αντικειμενικών αληθειών, πού υπάρχουν στη φύση και περιμένουν να ανακαλυφθούν. Παράλληλα, θεωρεί

ότι η υποκειμενικότητα των ανθρώπων οδηγεί σε λανθασμένα πιστεύω. Αυτές οι απόψεις είναι πίσω από την χρησιμοποίηση μεθόδων, που σχεδιάζονται έτσι ώστε να απομακρύνουν τον ανθρώπινο παράγοντα από τις μελέτες, (π.χ. τυφλές κλινικές μελέτες).

Σύμφωνα με την παραπάνω θεώρηση, ο ισχυρισμός ότι ένα αντικείμενο μεταφέρει γνώση, ισχύει μόνο αν ο ισχυρισμός μπορεί να επαληθευτεί, και στην επιστήμη η επαλήθευση γίνεται μέσω των επιστημονικών ενδείξεων. Αυτό από μόνο του δεν ξεκαθαρίζει, σε ποιο σημείο ένας ισχυρισμός θεωρείται επαληθευμένος. Έτσι δημιουργείται πρόβλημα, γιατί η ανθρώπινη κρίση είναι απαραίτητη για την εκτίμηση του βαθμού της επαλήθευσης.

Οι επιστημονικές απόψεις, επαληθεύονται με επιστημονική παρατήρηση. Αν τίποτα δεν παρατηρηθεί, τίποτα επιστημονικό, δεν συνέβη! Σχετική είναι και η άποψη ότι με την παρατήρηση, συνδυάζεται πάντα και κάποιο είδος μέτρησης. Αυτή η σύνδεση της παρατήρησης, της μέτρησης και της επαλήθευσης αναπτύχθηκε από τον Polanyi, στην προσπάθειά του να κατανοήσει τη σχέση αυτού που γνωρίζει, με την επαλήθευση της γνώσης. Ο Polanyi εξέτασε τον ισχυρισμό του Popper (1972), ότι οι επιστημονικές θεωρίες πρέπει να είναι αμφισβητήσιμες, διότι δεν υπάρχει συγκεκριμένος αριθμός θετικών παρατηρήσεων που να θεωρείται αποδεικτικός μιας γενικευμένης σύστασης, ενώ μια αρνητική παρατήρηση μπορεί να είναι απορριπτική, (Popper, 1972).

Αν η δυνατότητα αμφισβήτησης είναι αναγκαία, τότε η επιστήμη είναι ικανή μόνο να διατυπώνει θετικούς ισχυρισμούς, χρησιμοποιώντας την στατιστική δυνατότητα ελέγχου της «μηδενικής υπόθεσης». Ωστόσο η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να αμφισβητηθεί εξ' ολοκλήρου, και ο επιστήμονας είναι αναγκασμένος να διατυπώσει την κρίση του, κατά πόσο ένα αποτέλεσμα είναι τυχαίο, χρησιμοποιώντας το όριο στατιστικής σημαντικότητας (p -value), για το οποίο δεν υπάρχει καθορισμένη τιμή, που να αντιπροσωπεύει «βεβαιότητα». Αυτό σημαίνει πως ο θετικός επιστημονικός ισχυρισμός είναι στατιστικό αποτέλεσμα. Γι' αυτό το λόγο ο Polanyi περιγράφει την γνώση σαν το «καλύτερα γνωστό» με πολύ υψηλή πιθανότητα να είναι αληθινό, παρά σαν απολύτως αποδεδειγμένο, (Polanyi, 1958). Ο επιστήμονας πρέπει να εκτιμήσει ένα πειραματικό αποτέλεσμα, με βάση την δική του ήδη υπαρκτή αντίληψη γι' αυτό που εξετάζεται, και να διατυπώσει την κρίση του για το κατά πόσο αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να θεωρηθεί «γνώση». Υπό αυτές τις συνθήκες η γνώση δεν μπορεί να θεωρηθεί εξ' ολοκλήρου αντικειμενική. Η ενδογενής αβεβαιότητα της επιστήμης, και η επακόλουθη αναγκαιότητα για κριτική εκτίμηση, ενισχύεται από την «theory-laden» φύση της επιστημονικής παρατήρησης, δηλαδή ότι ο παρατηρητής κατανοεί, μέσω της κατανόησης προηγούμενων θεωριών και εννοιών, χρησιμοποιώντας όρους κοινώς αποδεκτούς.

Κατά τον Polanyi, η γνώση είναι κατά βάση προσωπική, αλλά θεμελιώνεται στη σχέση μεταξύ αυτού που γνωρίζει και της γνωστής πραγματικότητας. Αυτή η σχέση, υπονοείται αρρήτως σε κάθε γνωστική προσπάθεια, και περιλαμβάνει πάντα ιδιαίτερα στοιχεία του γνωστού. Ταυτοχρόνως εμπεριέχει την έννοια της καθολικότητας-γενίκευσης, η οποία εκφράζεται μέσω διαφόρων μορφών επαλήθευσης, και μπορεί να εκτιμηθεί, να διορθωθεί

ή να επιβεβαιωθεί από άλλους γνώστες. Η προσωπική γνώση (personal knowledge), περιλαμβάνει την ρητή, την άρρητη, την ιδιαίτερη-συγκεκριμένη-εξειδικευμένη και την γενικευμένη γνώση, (McHugh, 2014).

Η γενική (general) και η ιδιαίτερη, συγκεκριμένη, εξειδικευμένη (individual) γνώση, αντικατοπτρίζουν τον βαθμό εφαρμογής της γνώσης. Η γενική με την έννοια ότι είναι περιεκτική και εφαρμόζεται σε μια ομάδα ατόμων, και η συγκεκριμένη-εξειδικευμένη, ότι είναι ειδική για ένα συγκεκριμένο άτομο και συγκεκριμένες περιστάσεις. Και αυτή η διάσταση της γνώσης, όπως και της ρητής-άρρητης, είναι απαραίτητη στην ιατρική και εφαρμόζονται μαζί.

Ο Montgomery αναγνώρισε την διάσταση την γενικής-συγκεκριμένης γνώσης, και θεωρεί πως θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ιατρικής αιτιολόγησης είναι η διαδικασία συγκεκριμενοποίησης-εξειδίκευσης, δηλαδή εφαρμογή της γενικής επιστημονικής γνώσης σε έναν συγκεκριμένο ασθενή (particularization). Η εξειδικευμένη γνώση συχνά δεν απαιτεί επιστημονική επαλήθευση, (Montgomery, 2006).

Ο επιστημονισμός εστιάζει στην γενική και ρητή γνώση, γιατί η ποιότητα της γνώσης σχετίζεται με την έκταση ή την «δριμύτητα» της επιστημονικής επιβεβαίωσής της (π.χ. μέσω των RTCs). Έτσι ο ρόλος της ρητής και άρρητης διάστασης της συγκεκριμένης-εξειδικευμένης (individual) γνώσης, υποβαθμίζεται. Η διάσταση της γενικής-συγκεκριμένης γνώσης, αναγνωρίζει την συγκεκριμένη «καθημερινή» πληροφορία, στην οποία βασιζόμαστε, σαν «έγκυρη» (valid) γνώση, που αυτοεπαληθεύεται και δεν χρειάζεται επιστημονική επαλήθευση.

Μεγάλο μέρος της ιατρικής γνώσης είναι συγκεκριμένη-εξειδικευμένη, και σχετίζεται σημαντικά με τον συγκεκριμένο ιατρό και το περιβάλλον του. Για παράδειγμα ένας ιατρός παρακολουθεί συγκεκριμένους ασθενείς, ξέρει τους χώρους του δικού του συγκεκριμένου νοσοκομείου (π.χ. που βρίσκεται το χειρουργείο), πρέπει να γνωρίζει συγκεκριμένο τηλεφωνικό αριθμό για την κλήση των συνεργατών του κ.τ.λ. Η γνώση αυτού του είδους δεν είναι «υποκειμενική», διότι όντως οι ασθενείς έχουν ονόματα, όντως υπάρχει χειρουργείο κ.τ.λ. και αυτή η γνώση μπορεί να επαληθευτεί με πολλούς τρόπους.

Η γενική γνώση χρησιμοποιείται επίσης στην ιατρική όπως και στην καθημερινή ζωή. Ένα τέτοιο παράδειγμα αφορά στην συμπεριφορά των ασθενών. Αν και κάθε ασθενής είναι ξεχωριστός, όλοι συμπεριφέρονται συνήθως εντός συγκεκριμένων μοτίβων που καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η γενική γνώση της συμπεριφοράς των ανθρώπων βοηθά στην επίτευξη των κλινικών, επαγγελματικών, και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, (McHugh, 2015).

Η διάσταση συγκεκριμένη-γενική γνώση συνιστά μια κατασκευή από- προς, παρόμοια με την διάσταση της ρητής-άρρητης γνώσης. Είδαμε παραπάνω πως βασική αρχή της αιτιολόγησης στην ιατρική είναι η εξειδίκευση της γνώσης δηλαδή από την γενική προς την συγκεκριμένη-εξειδικευμένη γνώση. Η πορεία είναι αμφίδρομη και από την συγκεκριμένη

γνώση, μπορεί να προέλθει γενικευμένη γνώση, γενικεύοντας τα αποτελέσματα συγκεκριμένου δείγματος ασθενών. Οι μεθοδολογικοί περιορισμοί, και η στατιστική ανάλυση στην επιστήμη, έχουν σχέση περισσότερο με μια κατάλληλη γενίκευση, παρά με τον ακριβή καθορισμό του τι συμβαίνει στον πληθυσμό του δείγματος. Έτσι ενώ μπορεί να υπάρχουν ακριβή δεδομένα για το δείγμα, που να αποτελούν αληθή συγκεκριμένη γνώση, μπορεί να υπάρχουν θέματα του δείγματος ή των μεθόδων που μειώνουν την δυνατότητα γενίκευσης π.χ. το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό. Η διαδικασία γενίκευσης εξειδίκευσης είναι δυναμική και εξαρτάται από την χρήση των γνωστικών απαιτήσεων.

Στην επιστήμη, όπου υπάρχει μεγάλος βαθμός γενίκευσης, απαιτείται επαλήθευση της γνώσης, ενώ η συγκεκριμένη-εξειδικευμένη γνώση δεν χρειάζεται το ίδιο είδος επαλήθευσης, αλλά επαληθεύεται απλά αναφερόμενη στην προσωπική εμπειρία.

Στον επιστημονισμό, το πρόβλημα δημιουργείται με την ανάγκη επαλήθευσης της «προνομιακής» γνώσης, με συγκεκριμένο τρόπο, πράγμα που υποβαθμίζει την σωστή συγκεκριμένη-εξειδικευμένη γνώση. Αυτή η υποβάθμιση ίσως είναι επικίνδυνη στην ιατρική, διότι η συγκεκριμένη-εξειδικευμένη, μαζί με την άρρητη γνώση (ενυπάρχουν μέσα στο γνώστη και όχι ξεχωριστά σε αφηρημένη μορφή), καθορίζουν την σωστή ιατρική δράση, (McHugh, 2015).

Κατά την διαδικασία των σπουδών ενός ιατρού, η ρητή και η γενικευμένη γνώση που προέρχεται από την μελέτη των ιατρικών βιβλίων και την απομνημόνευσή τους, δεν είναι αρκετή για την απόκτηση της άρρητης γνώσης που απαιτείται για την άσκηση συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων, ή την εκμείωση σημαντικών πληροφοριών από τον ασθενή κατά την λήψη του ιστορικού του και την κλινική εξέταση.

Ο ασθενής μοιράζεται προσωπική γνώση κατά την συνομιλία του με τον ιατρό, και ο τελευταίος στηριζόμενος στην αρρήτως εκφραζόμενη διαγνωστική του ικανότητα, προσπαθεί να θέσει την διάγνωση, η οποία υποστηρίζεται από την ρητή και γενικευμένη γνώση των βιοϊατρικών επιστημών. Το σύνολο των ενεργειών και της συμπεριφοράς του ιατρού, καθορίζεται από τις ρητές και άρρητες προϋποθέσεις, που έχουν τεθεί από τις κλινικές αρχές. Έτσι οι συμμετέχοντες στην κλινική πράξη, οι **γνώστες** (ασθενής, ιατρός, κλινικές αρχές, βιοϊατρικές επιστήμες), μοιράζονται προσωπική γνώση ενώ διεκπεραιώνουν τους ρόλους τους, οι οποίοι επεκτείνονται και πέρα από το πεδίο της ιατρικής πράξης.

Θέλοντας να αναθεωρήσει τον ρόλο του ιατρού, λαμβάνοντας υπόψη τις επιστημονικές και κοινωνικές αλλαγές του εικοστού αιώνα, ο Eric Cassel επαναπροσδιόρισε τον από την αρχαιότητα σκοπό της ιατρικής, στην εστίαση της αντιμετώπισης του ατόμου που υποφέρει (suffering), (Cassel, 2004). Ένα άτομο, αρχίζει να υποφέρει όταν αντιλαμβάνεται συγκεκριμένα πράγματα, σαν απειλές για την προσωπικότητά του, (Cassel, 2004).

Αυτή η αντίληψη μπορεί να είναι εστιασμένη ή δευτερεύουσα, περιφερειακή, είναι δηλαδή από την φύση της ολιστική. Αφορά και τον ενοποιημένο εαυτό (unitary self), και τις πολλαπλές του σχέσεις με άλλα πράγματα. Άρα απαιτείται γνώση για το ποιος είναι αυτός

που υποφέρει, και πως αυτός σχετίζεται με άλλα πράγματα. Αν και αυτός που υποφέρει έχει γνώση αυτού του γεγονότος, μπορεί να γνωρίζει περισσότερο ή λιγότερο γιατί συμβαίνει αυτό, (Hamilton, 2012). Στην προσπάθειά του να αρθρώσει την αιτία της ταλαιπωρίας του, ο ασθενής επιχειρεί να κάνει ρητή την γνώση που κατέχει, ώστε οι άλλοι πιθανόν να τον βοηθήσουν. Εντούτοις πολλά κομμάτια της γνώσης αυτής, δεν μπορούν να εξωτερικευτούν, και θα παραμείνουν άρρητα. Κατά τον ίδιο τρόπο, πτυχές της γνώσης του πάσχοντος, έχουν χαρακτηριστικά γενικευμένης και συγκεκριμένης γνώσης, στα πλαίσια της επιστήμης, της κουλτούρας, και των προσωπικών εμπειριών. Οι ιατροί από την άλλη μεριά πρέπει να έχουν πλήρη επίγνωση της εκπεφρασμένης γνώσης για τις σωματικές αρρώστιες, αλλά και της άρρητης και συγκεκριμένης γνώσης που είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση του πάσχοντος ως μοναδικού ατόμου (unique person), σε ένα επίπεδο υψηλότερο, από το δυνάμενο να εκφραστεί και να γίνει αντιληπτό μέσω της γενικευμένης γνώσης.

Χρησιμοποιώντας την έννοια του «πάσχοντος που υποφέρει» (suffering), σε αντιδιαστολή με την έννοια της ασθένειας (disease), ως τελικού σημείου της ιατρικής, η ιατρική αποκτά μια ενδογενή «ηθικότητα» που αντιστοιχεί στο Ιπποκρατικό «ήθος», (ethos). Η ιατρική που θεμελιώνεται στην ασθένεια δεν έχει σχέση με την ηθική (amoral), γιατί δεν έχει κάτι να πεί για το αν αυτό είναι «καλό» πράγμα για τον ίδιο τον άρρωστο. Το ιατρικό σύστημα που βασίζεται στην αντιμετώπιση του πάσχοντος ατόμου, βελτιώνει την αντίθεση ασθενούς-ιατρού, που προκύπτει όταν ο ασθενής αρνείται την ιατρική θεραπεία. Αυτή η σύγκρουση δεν υφίσταται, όταν ο ιατρός μπορεί να δει πως η θεραπεία δεν μειώνει την ταλαιπωρία του ασθενή, αλλά την αυξάνει. Αυτό παραπέμπει σε ένα ιατρικό σύστημα περισσότερο ευθυγραμμισμένο με τις ηθικές αρχές, παρά σε ένα σύστημα που δέν παίρνει θέση σε τέτοια θέματα όπως η Evidence Based Medicine, (Cassel, 2014), (McHugh, 2014).

ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΒΜ ΑΠΟ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗΣ ΑΠΟΨΗΣ

Από τα θέματα που αναπτύχθηκαν παραπάνω, προκύπτει πως όλα τα ήδη της γνώσης χρειάζονται για την κατανόηση του πάσχοντος που υποφέρει, και την αντιμετώπισή του. Ο αποκλεισμός κάποιου είδους γνώσης ή η υποβάθμισή του, διαταράσσει την αντίληψη της «κλινικής πραγματικότητας», περιορίζοντας το είδος της γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επαλήθευση της κλινικής πράξης και την πλατύτερη ηθική της αιτιολόγηση.

Έτσι η εφαρμογή της ΕΒΜ δημιούργησε προκαταλήψεις (bias), στην κλινική πραγματικότητα. Πτυχές της θεραπείας και της κλινικής πρακτικής που δεν ήταν μετρήσιμες, δεν παρήγαγαν επιστημονική ένδειξη, και έτσι θεωρήθηκαν λιγότερο σημαντικές. Ως αποτέλεσμα προέκυψε η προτεραιότητα της λεγόμενης «σκληρής ιατρικής» (hard medicine) όπως π.χ. η φαρμακολογική προσέγγιση, σε αντιπαράθεση με τις

«μαλακότερες(softer)» πτυχές της υγείας, όπως π.χ. η νοητική κατάσταση του ατόμου, η επάρκεια της κουλτούρας του ιατρού κ.τ.λ., και είναι η αιτία που η φιλοσοφική στάση του Polanyi, είναι υπέρ της ποιοτικής έρευνας, (Henry, 2006).

Η παραπάνω προκατάληψη(bias), ενισχύεται από τον εμπορικό χειρισμό-καθοδήγηση της επιστήμης για την επίτευξη κερδοφόρων στόχων, με την έννοια ότι οι εταιρίες δύσκολα θα χρηματοδοτούσαν μια έρευνα στην υγεία, για κάτι που δεν θα μπορούσαν να εκμεταλλευτούν εμπορικά π.χ. μια ειδική δίαιτα απέναντι σε ένα νέο φάρμακο, ή ένα νέο χειρουργικό εργαλείο,(Spielmans and Parry, 2010).

Οι κλινικές αρχές(clinical authorities), καθορίζουν τις πολιτικές υγείας και την κατανομή της χρηματοδότησης, με βάση την επιστημονική γνώση, πράγμα που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη προκαταλήψεων(bias), μέσω της επιπλέον προώθησης της «σκληρής ιατρικής» και των επιδόσεων, εις βάρος άλλων πτυχών, που δεν μπορούν να μετρηθούν ή να αναπαραχθούν.Σε αυτά τα πλαίσια αναπτύσσεται το «ελκυστικό» μοντέλο, της άσκησης πολιτικής στον χώρο της υγείας από οικονομικά μόνο εκπαιδευμένα στελέχη, αφού η μόνη χρήσιμη γνώση είναι η επιστημονική ένδειξη.Έτσι οι κλινικοί είναι «ελεύθεροι», να ασχοληθούν με τους ασθενείς τους.Βέβαια όταν η διαμόρφωση πολιτικών στην υγεία δεν λαμβάνει υπόψιν την άρρητη και συγκεκριμένη γνώση της κλινικής εμπειρίας, τότε καθίσταται «εκτός επαφής» με την κλινική πραγματικότητα, με αποτέλεσμα την χειρότερη ποιότητα στην φροντίδα του ασθενούς,(Mc Hugh, 2014).

Με ανάλογο τρόπο καθορίζεται και το ηθικό πλαίσιο για το τι θεωρείται σωστό. Στον επιστημονισμό της EBM, υπάρχει μερικώς η επίκληση ρητών ηθικών σχημάτων, όπως του ωφελιμισμού(utilitarianism), ενώ οι ωφέλειες και οι βλάβες μπορούν να ταξινομηθούν με τέτοιο τρόπο που να επιτρέπει την οιονεί μαθηματική σύγκριση, π.χ. ανάλυση κόστους οφέλους, ενώ γίνεται επίκληση ισχυρά γενικευμένων θεωριών, όπως του φιλελευθερισμού(libertarianism), που δρα βάση αφηρημένων αρχών.

Ως προς την άποψη της βιοηθικής(bioethics), χρειάζεται συνδυασμός άρρητης και ιδιαίτερης-προσωπικής γνώσης, για την ανίχνευση από τον ιατρό του πάσχοντος,και την απόκτηση γνώσης από την προσεκτική φροντίδα για το ποιος είναι ο συγκεκριμένος άρρωστος και τι του συμβαίνει,(Mc Hugh, 2014).Ο ιατρός πρέπει να διακρίνει τη στιγμή για να μεταφέρει τα νέα της τελικής διάγνωσης, και την υποστήριξη και κατανόηση(empathy), που πολλοί χρειάζονται αυτές τις στιγμές.

Η ιατρική έχει κατ'εξοχήν πρακτική εφαρμογή, και υπάρχουν διακριτές «φιλοσοφίες πρακτικής» που καθορίζουν την φύση των στόχων της και το πώς αυτή εφαρμόζεται, (Stewart, 2003).Αυτές οι φιλοσοφίες είναι θεμελιωμένες σε πλέγματα βασικών αρχών, σχετικών με την κατανόηση των στόχων της, και τον τρόπο που αυτοί μπορούν να πραγματοποιηθούν. Αυτές οι βασικές αρχές είναι καθοριστικές,και μπορεί να είναι πλήρως εκπεφρασμένες ή να υπονοούνται.Κάθε «βίαιη» αλλαγή τους, αλλάζει το εσωτερικό δίκτυο θεμελίωσής της και ουσιαστικά δημιουργεί μια νέα φιλοσοφία,(McHugh, 2014).

Η Evidence Based Medicine, σχετίζεται με την λήψη της κλινικής απόφασης και πώς αυτή πρέπει να βασίζεται σε συγκεκριμένα είδη γνώσης. Είναι μια «φιλοσοφία πρακτικής» εφαρμογής της ιατρικής, με τους δικούς της βασικούς κανόνες «philosophy of medical practice», (EBMWG, 1992).

Όπως είδαμε απέναντι στην κριτική για την υποβάθμιση της άρρητης και συγκεκριμένης γνώσης, δηλαδή της προσωπικής γνώσης, η EBM αναγκάστηκε να αλλάξει, (Buetow, 2009).

Η νέα εκδοχή της EBM, περιλαμβάνει τρεις κλινικούς παράγοντες και έναν ενσωματωμένο(integrated), την κλινική κατάσταση και τις συνθήκες που επικρατούν, τις προτιμήσεις και αξίες των ασθενών και τις ενδείξεις, ενώ ο τέταρτος παράγοντας είναι η κλινική εμπειρία(έμμεση παραδοχή της αξίας της προσωπικής γνώσης, και προσπάθεια ευθυγράμμισης με την κλινική πραγματικότητα), που ενοποιεί τους υπόλοιπους για την καθοδήγηση της κλινικής απόφασης,(Haynes, 2002).

Η αλλαγή στις βασικές αρχές της φιλοσοφίας της EBM, αντιστοιχεί σε μια νέα φιλοσοφία, με νέο αντιπροσωπευτικότερο όνομα π.χ «clinical-expertise based medicine».

Η EBM επηρεάζει την κλινική πρακτική, μέσω όλων των συντελεστών της(ιατρών, κλινικών αρχών, βιοιατρικών επιστημών και φυσικά των ασθενών), την οποία χειροτερεύει. Η επικέντρωση στον πάσχοντα άνθρωπο(suffering), σαν μοναδικό άτομο, και η αντιμετώπιση της ταλαιπωρίας του, διαφοροποιεί τον σκοπό της ιατρικής, εστιάζοντας στην μοναδική ύπαρξη του κάθε αρρώστου, στις διαστάσεις της ιατρικής γνώσης και στην προσωπική γνώση των συμμετεχόντων στην κλινική δράση. Η EBM έστω και αναθεωρημένη θεωρείται ανεπαρκής και χρειάζεται ένα νέο πρότυπο κλινικής πρακτικής,(McHugh, 2014).

ΠΟΙΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ, ΠΟΙΑ ΓΝΩΣΗ

Η EBM φιλοδόξησε να αποτελεί το νέο κλινικό πρότυπο για την εφαρμογή της ιατρικής στην πράξη, αλλά όπως φαίνεται δεν διαθέτει την καθολικότητα για να το πετύχει. Έστω κι έτσι, η μεγάλη αποδοχή της, αλλά και η έντονη κριτική που έχει δεχτεί, είναι αποδείξεις ότι έχει θέσει ζητήματα ουσίας ως προς την άσκηση της κλινικής ιατρικής,(Ανευλαβής, 2004).

Οι συνθήκες αβεβαιότητας της κλινικής ιατρικής, δεν αμφισβητούνται ούτε από τους υποστηρικτές της επιστημονικής επαλήθευσης της ιατρικής γνώσης, ούτε από τους επικριτές τους. Λάθη μπορεί να γίνουν και κατά την εξέταση και λήψη του ιστορικού, ή στην συλλογή και αξιολόγηση των ευρημάτων. Σχεδόν καμιά παρακλινική μέθοδος δεν διαθέτει ευαισθησία και ειδικότητα 100%, ώστε να μην υπάρχει αβεβαιότητα. Σ' αυτό το περιβάλλον καλείται ο κλινικός ιατρός να λάβει την καλύτερη απόφαση για τον συγκεκριμένο άρρωστο στις συγκεκριμένες συνθήκες. Γι' αυτό πρέπει να εκπαιδευτεί νωρίς στη μεθοδολογία λήψης σωστών αποφάσεων, και στην ερμηνεία των τεχνικών όρων που είναι απαραίτητοι για την

κατανόηση της EBM, όπως μετα-ανάλυση, σχετικός ή απόλυτος κίνδυνος κ.τ.λ. Σύμφωνα με τις συστάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, όποιος παρέχει φροντίδα υγείας πρέπει να γνωρίζει τις κατευθυντήριες οδηγίες που σχετίζονται με το επάγγελμά του και να αποφασίζει ο ίδιος αν θα τις ακολουθήσει, (EUROPE, 2001).

Ως εκ τούτου η τεχνολογία και οι βάσεις δεδομένων πρέπει να είναι διαθέσιμες στον κλινικό ιατρό που δεν έχει χρόνο για την εξεύρεση και αφομοίωση των αποδεικτικών στοιχείων, (Straus S. H., 2009.). Πρέπει να εκπαιδευτεί στις τεχνικές πρόσβασης και αξιολόγησης της καλύτερης διαθέσιμης ένδειξης, πράγμα που απαιτεί κατανόηση εννοιών επιδημιολογίας και βιοστατιστικής, (Wyer P. K., 2004).

Η ελεύθερη πρόσβαση σε άρθρα επιστημονικού περιεχομένου, η οργάνωση της νοσοκομειακής βιβλιοθήκης, τα σεμινάρια εκμάθησης τεχνικών ανάκτησης δεδομένων, και τα εκπαιδευτικά προγράμματα, θα ήταν βήματα που θα αντέστρεφαν την κατάσταση που επικρατεί σήμερα, (ΝΤΑΙΛΙΑΝΝΗΣ, 2017).

Το χάσμα που υπάρχει ενίοτε ανάμεσα στην ιατρική πρακτική και την κλινική έρευνα, καταδεικνύει την αδυναμία των ενδείξεων να υπαγορεύσουν την κλινική απόφαση, αλλά και την αδυναμία τους να υπαγορεύσουν την ίδια την εφαρμογή τους, φέρνοντας στο προσκήνιο την θεωρία των διαστάσεων της προσωπικής γνώσης, και την φιλοσοφική προσέγγιση της άσκησης της κλινικής ιατρικής, (Tonelli, 1998). Ο σπουδαστής της ιατρικής πρέπει να μάθει κλινική επιδημιολογία, γιατί αυτό δίνει αξία στην ιατρική, αλλά και να αποκτήσει μια ολιστική φιλοσοφία πρακτικής άσκησης της ιατρικής, που ενσωματώνει την αντιμετώπιση του πάσχοντος από επιστημονική και ανθρωπιστική σκοπιά, (McHugh, 2014).

Η εστιασμένη στον ασθενή ιατρική, που εξισώνει τις επιθυμίες των ασθενών, με τις ενδείξεις και την κλινική κατάσταση, χρειάζεται την κλινική εμπειρία, δηλαδή την άρρητη και εξειδικευμένη γνώση, για να συνενώσει τις τρεις κλινικές συνιστώσες και να συμμετέχει στην ανταλλαγή της προσωπικής γνώσης που συμβαίνει μεταξύ αυτών που γνωρίζουν. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό, που προϋποθέτει την ικανού βαθμού συναισθηματική νοημοσύνη του ιατρού, απαραίτητο συστατικό της άρρητης γνώσης και της εφαρμογής της, (Mc Hugh, 2014).

Έτσι η εκπαίδευση των ιατρών να περιλαμβάνει ομαδικές στρατηγικές και εναλλακτικά προγράμματα κατάρτισης, προσανατολισμένα στην βελτίωση της συναισθηματικής νοημοσύνης, στην διδασκαλία του ιατρικού επαγγελματισμού, και την ενίσχυση των συναισθηματικών δεξιοτήτων (αυτογνωσία, κοινωνική ευαισθητοποίηση, επικοινωνία, διαχείριση και ερμηνεία των συναισθημάτων), και των τεχνικών διαπραγμάτευσης και αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, (IMRAN, 2013).

Η μετάβαση από το επίπεδο του τελειόφοιτου φοιτητή, σε αυτό του νέου ιατρού που ενεργεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια, είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που θα αντιμετωπίσει ο νέος ιατρός. Σε κείμενο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών διαβάζουμε «Αλλά και όταν εγγράφονται στο τέταρτο έτος, έχουν σε μεγάλο βαθμό απολέσει τον αρχικό ενθουσιασμό τους, ενώ η δυναμική του τρόπου δουλειάς των τριών πρώτων ετών έχει

απωθήσει τις ανθρωπιστικές αρχές και αξίες με τις οποίες ξεκίνησαν τις σπουδές τους στη Σχολή μας. Έχοντας εγκαταστήσει μια «μαθητική» νοοτροπία, προέχει η προσπάθειά τους να «περάσουν τα μαθήματα» και όχι να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της ιατρικής επιστήμης. Έτσι ίσως εξηγούνται η αμηχανία με την οποία αντιμετωπίζουν τις κλινικές υποχρεώσεις τους, οι προσπάθειες αποφυγής του αρρώστου, η προσκόλλησή τους στις από αμφιθέατρο διαλέξεις και η εμμονή τους στον καθορισμό «διδασκτέας ύλης». Το αποτέλεσμα είναι η προβληματική επικοινωνία τους από τον άρρωστο και η πλημμελής κλινική εκπαίδευσή τους». Αναφέρεται στους φοιτητές που μετά τα τρία πρώτα χρόνια των σπουδών τους, στο τέταρτο έτος, αρχίζουν τα κλινικά μαθήματα, κάνοντας φανερή την ανάγκη καθοδήγησής τους για την απόκτηση της «προσωπικής» ιατρικής γνώσης (ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ- Πιλοτικό Πρόγραμμα 2015-16). Έτσι προτείνεται να επεκταθεί και να εισαχθεί ο θεσμός της «συμβουλευτικής καθοδήγησης» (mentorship), σε όλα τα έτη των σπουδών της Ιατρικής Σχολής.

ΤΟ MENTORING ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η «συμβουλευτική καθοδήγηση»(mentorship), έχει περιγραφεί σαν μια διαδικασία δια της οποίας, ένα έμπειρο άτομο (mentor), καθοδηγεί ένα άλλο (mentee), στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και γνώσεων, για την επαγγελματική τους ανάπτυξη, (Fulton, 2013).

Το mentoring εφαρμόζεται σε κάθε έκφραση της εκπαιδευτικής διαδικασίας, από τις τέχνες μέχρι τις επιστήμες, (Moutsopoulos, 2018).

Η American Postgraduate Medical and Dental Education Committee, έχει ορίσει το mentoring, σαν την διαδικασία δια της οποίας ο μέντορ, μέσω μιας τίμιας, αξιόπιστης, υποστηρικτικής και συνεργατικής σχέσης με τους καθοδηγούμενους (mentees), τους βοηθά να αναπτύξουν ή να αναθεωρήσουν γνώσεις και ιδέες του επιστημονικού τους πεδίου, μεταφέρει ηθικές αξίες, επηρεάζει την ωρίμανση και την σχηματοποίηση του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς τους, ανοίγει τον δρόμο για την ανάπτυξη της καριέρας τους, και επιδρά θετικά στην ζωή των καθοδηγούμενων, (Burgess, 2018), (Mian, 2011), (Ratnapalan, 2010).

Το mentoring, πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική την δεκαετία του '70, για την υποστήριξη των νεότερων εργαζομένων, (Frei, 2010).Είναι μια δυναμική σχέση που έχει φανεί ότι αυξάνει σημαντικά την επαγγελματική εξέλιξη στα αρχικά στάδια μιας καριέρας, (Garmel, 2004), (Kram, 1983).Παρά ταύτα μόνο τα τελευταία είκοσι χρόνια το mentoring θεωρείται επίσημη διαδικασία σχετιζόμενη με την εκπαίδευση και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας, και πολλοί το θεωρούν απαραίτητο βήμα, για την επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη.

Οι επαγγελματίες της υγείας, μπορεί να εργάζονται σε νοσοκομεία, σε ακαδημαϊκά ιδρύματα, ή μπορεί να είναι αυτοαπασχολούμενοι και μπορεί να συνδυάζουν σε διαφορετικό βαθμό την κλινική πρακτική και την φροντίδα των ασθενών, με καθήκοντα διδασκαλίας, επίβλεψης, και έρευνας. Κυρίως οι νεοεισερχόμενοι στον χώρο της υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση της μη ξεκάθαρης πορείας της καριέρας τους, και των εργασιακών τους ρόλων, (Yoon, 2016 ;).

Ωστόσο έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη προγραμμάτων mentoring, για καθοδηγούμενους σε κάθε επίπεδο της επαγγελματικής ανέλιξης, και για όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, (Pololi, 2005).

Μέσω αυτών των προγραμμάτων ο μέντορ, θα διευκολύνει την ανάπτυξη των καθοδηγούμενων και την επίτευξη των στόχων τους, μέσω της επιτυχούς του απόδοσης στους διαφορετικούς ρόλους του δασκάλου, του συμβούλου, του οδηγού, και του μοντέλου ρόλων, (Ridout, 2006).

Κατά τον Μουτσόπουλο (2019), το mentoring στην ιατρική είναι χρονοβόρο, πολυεπίπεδο, και περίπλοκο, και περιλαμβάνει διαφορετικούς συνδυασμούς διδασκαλίας, κλινικής πρακτικής, φροντίδας των ασθενών και έρευνας. Είναι μια δυαδική σχέση που αποσκοπεί στην βοήθεια του νέου ιατρού σε πολλαπλά επίπεδα: από την μια μεριά απαιτεί από τον καθοδηγούμενο να αποκτήσει βαθιά γνώση για ένα συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, αλλά ταυτόχρονα τον καθιστά ικανό να συνδυάζει κριτικά τις κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους, για την επίτευξη διδακτικών, γρήγορων, διαγνωστικών ή /και θεραπευτικών αποφάσεων, ή να εκτελεί με επάρκεια επεμβατικές ή χειρουργικές πράξεις, (Straus S. J., 2013).

Από την άλλη μεριά, καλλιεργεί την ικανότητα των mentees, να επικοινωνούν τις αποφάσεις τους στους ασθενείς, με ενσυναίσθηση και σεβασμό. Από την στιγμή που η μάθηση στην κλινική ιατρική είναι εμπειρική, η καθοδήγηση πρέπει να είναι ενεργητική. Ο καθοδηγούμενος πρέπει να ανακαλύψει ο ίδιος έναν μέντορα που θα έχει τον σεβασμό για τις γνώσεις και την επάρκειά του, που διδάσκει με ενθουσιασμό, είναι ανιδιοτελής και γενναιόδωρος, πρόθυμος να μοιραστεί προσωπική και επαγγελματική εμπειρία, ενεργώντας σαν συνήγορος για τον καθοδηγούμενο, (Akinla, 2018).

Το mentoring δημιουργείται μέσω της σχέσης mentor και mentee, και τυπικά περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις: *έναρξης, καλλιέργειας, διαχωρισμού, επανακαθορισμού.*

Έναρξη (initiation): Διάρκει μια μικρή περίοδο 6-12 μηνών, κατά την διάρκεια της οποίας η σχέση αρχίζει, κερδίζεται η αφοσίωση, και καθορίζονται στόχοι και προσδοκίες.

Καλλιέργεια (cultivation): Τυπικά συμβαίνει εντός μιας περιόδου 2-5 ετών, με προοδευτικά πιο συχνές και περισσότερο χρήσιμες συναντήσεις μεταξύ του μέντορα και του mentee. Κατά την περίοδο αυτή, οι δύο πλευρές κερδίζουν τα βέλτιστα ωφέληματα από την σχέση τους.

Διαχωρισμός (separation): Διάρκει από 6 μήνες, έως 2 χρόνια, καθώς ο mentee, γίνεται πιο σίγουρος με τον εαυτό του και με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Κατά την διάρκεια αυτής της φάσης, και τα δύο μέρη πρέπει να έχουν ικανοποιηθεί από την επίτευξη των στόχων τους. Αν αυτή η φάση συμβεί χωρίς να έχουν ωριμάσει οι συνθήκες, τότε μπορεί να δημιουργηθούν αισθήματα εγκατάλειψης και πικρίας, και αυτό μπορεί να καταστρέψει την σχέση.

Επανακαθορισμός (redefinition): Η φάση αυτή μπορεί να είναι ακαθόριστη, και η σχέση μπορεί να τελειώσει ή να αλλάξει στη φύση της, όπου η ιεραρχία έχει μειωθεί ή έχει πάψει να υπάρχει, (Burgess et al., 2018).

Το 2014 το General Medical Practice (UK), δημοσίευσε την έκθεση «The state of medical practice and education in the UK», σημειώνοντας ότι αρκετοί νέοι ιατροί συνεχίζουν να πιέζονται από τις αυξημένες ευθύνες και καθήκοντα τους. Αυτές οι ιδιαίτερες κλινικές καταστάσεις που ξεφεύγουν από την ικανότητά τους να τις διαχειριστούν, δημιουργούν «κενά απόδοσης», (performance gaps).

Σε ένα πιλοτικό πρόγραμμα mentoring (Medical Mentorship Programme, MMP), οι συμμετέχοντες τελειόφοιτοι ιατρικής και νέοι απόφοιτοι, επέλεξαν τα πεδία στα οποία κατά την γνώμη τους έπρεπε να εστιαστεί το πρόγραμμα, για την κάλυψη των «κενών απόδοσης» τους. Σε ποσοστά επί των συνολικών απαντήσεων, αυτά ήταν:

Λήψη κλινικής απόφασης.....	52%
Φροντίδα στο τέλος της ζωής.....	47%
Αναφορά στους μεγαλύτερους.....	39%
Συγκατάθεση.....	34%
Παράπονα.....	34%
Συνταγογράφηση.....	26%
Διατήρηση αρχείου.....	21%
Ερμηνεία αποτελεσμάτων.....	21%
Διαχείριση του οξέος πάσχοντος.....	21% (Dalgaty, 2016).

(NHS Tayside, Dundee, UK) and (Clinical Skills Centre, University of Dundee, UK).

Η παραπάνω μελέτη έδειξε ότι το mentoring στην ιατρική εκπαίδευση, είναι ευεργετικό για την επίτευξη της προσωπικής μάθησης, και για την προετοιμασία των νεαρών γιατρών, να αντιμετωπίσουν την κλινική πραγματικότητα, ενώ επέδρασε θετικά στην αυτοπεποίθησή και στην ανάπτυξη των ικανοτήτων τους.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΝΤΟΡΑ

Ο αποτελεσματικός μέντορας, πρέπει να είναι εξαιρετικός γνώστης ενός θέματος, να έχει το πάθος της μετάδοσης της γνώσης, και να επενδύει χρόνο και ενέργεια σ' αυτό. Πρίν μπει στη σχέση του mentoring, και για να επιτύχει τα επιδιωκόμενα εκπαιδευτικά οφέλη, ο μέντορας πρέπει να αξιολογήσει την εμπειρία και τη γνώση του mentee, να ακούσει με προσοχή τις ερωτήσεις και τις αμφιβολίες του, και να τροποποιήσει την διαδικασία της εκπαίδευσης, ανάλογα με τις ανάγκες και το επίπεδο του καθοδηγούμενου, (Moutsopoulos, 2018).

Είναι εξίσου σημαντικό ότι ο μέντορας επιτυγχάνει την κατανόηση από μέρους του mentee, της κουλτούρας, της παράδοσης και της τέχνης της ιατρικής, (Strauss, 2013).

Ιδεατά ο επιτυχημένος μέντορας πρέπει να ακολουθεί τις ακόλουθες αρχές:

Παρέχει ένα άνετο και ασφαλές περιβάλλον μάθησης.

Επιτρέπει στον mentee να συμμετέχει στον σχεδιασμό μελλοντικών προγραμμάτων.

Παρέχει ευκαιρίες στον mentee, να εκτιμήσει τις δικές του ανάγκες.

Ενθαρρύνει την συνένωση μαθησιακών αντικειμένων.

Ανακαλύπτει πηγές αναγκαίες για την προσωπική και εργασιακή επίτευξη των στόχων.

Στηρίζει τους mentees, στην επίτευξη των στόχων τους.

Ολοκληρώνει την εκτίμηση επίτευξης των στόχων του καθοδηγούμενου. (Kilgallon, 2012).

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΝΤΟΡ

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον ο mentee, χωρίς το φόβο της τιμωρίας παρουσιάζει το επίπεδο της γνώσης του και ελεύθερα εκφράζει τις ερωτήσεις και τους προβληματισμούς του. Ο μέντορας με υπομονή ακούει, κάνει χρήσιμη κριτική, και έχει πάντα στο μυαλό του το καλό του καθοδηγούμενου. Ο στόχος του mentee, δεν μπορεί να είναι η ανταμοιβή από τον μέντορα, αλλά η προσωπική ανάπτυξη σε σύγχρονο επιστήμονα/κλινικό, με αυτοπεποίθηση και κατανόηση της ανάγκης συνεχούς και δια βίου εκπαίδευσης,(ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, 2019).

Ο mentee συμμετέχει στην σχέση ενεργά, επιδεικνύοντας δέσμευση ανάλογη με αυτή του μέντορα, συνδιαμορφώνοντας τα χαρακτηριστικά της. Πρέπει να έχει θέληση για μάθηση, να επιδεικνύει μια θετική συμπεριφορά, να έχει τον πόθο της επαγγελματικής και προσωπικής ανάπτυξης. Να καθορίζει τους προσωπικούς του στόχους και τις προσδοκίες του από τον μέντορα, να αποδέχεται την καινοτομία, και να είναι ευαίσθητος στον σεβασμό του περιορισμένου χρόνου του μέντορα, (Ridout, S., 2006), (Sambunjak, 2006).

Μέσω της αμφίδρομης σχέσης του mentoring, οφέλη υπάρχουν και για τον μέντορα.

Ο μέντορας κερδίζει προσωπική ικανοποίηση, βοηθώντας την επιστημονική και επαγγελματική βελτίωση νεότερων συναδέλφων. Κατά δεύτερο λόγο, μέσω μίας επιτυχημένης σχέσης mentoring, μπορεί να δημιουργηθεί μια πνευματική ώθηση, και από την διαδικασία της δια βίου μάθησης που είναι απαραίτητη για την προσαρμογή σε διαφορετικές κάθε φορά ανάγκες των διαφορετικών καθοδηγούμενων, αλλά και από την ακαδημαϊκή παραγωγικότητα και επιστημονική αναβάθμιση, που είναι αποτέλεσμα των επιτυχιών των δικών τους mentees.Ο μέντορας μπορεί να έχει την ευχαρίστηση να αναγνωρίζει, τις δικές του επαγγελματικές και ηθικές συμπεριφορές, όπως αυτές καθρεπτίζονται στις ζωές των mentees του. Το mentoring είναι για τον μέντορα ένας τρόπος συνεχούς επιβεβαίωσης, και διαδικασία συνεχούς αυτοαξιολόγησης, (Moutsopoulos, 2018).

Τέλος κερδισμένος ως προς το «κεφάλαιο» της γνώσης, είναι ο οργανισμός υγείας. Αύξηση του επιπέδου υπηρεσιών, βελτιωμένος στρατηγικός σχεδιασμός, βελτιωμένη επικοινωνία και οργανωσιακή κουλτούρα, επαγγελματική ανάπτυξη των υπαλλήλων του, κατακράτηση και διάχυση της οργανωσιακής γνώσης, επιτάχυνση της εκπαίδευσης, και αποτελεσματικότητα κόστους, είναι οφέλη που καταγράφονται από τους Bergess et al. σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 2018.Πώς όμως θα γίνει η επιλογή του κατάλληλου μέντορα;

Ορισμένοι οργανισμοί έχουν προγράμματα mentoring, και σε αυτές τις περιπτώσεις η σχέση αρχίζει με έξωθεν ανάθεση, σε άλλες περιπτώσεις ο mentee πρέπει ο ίδιος να ψάξει τον μέντορά του.

Οι ενδείξεις υποδεικνύουν ότι το mentoring έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν τα δύο μέρη έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα και αξίες, άρα μάλλον είναι χρησιμότερο για τους mentees, να ανακαλύψουν τον μέντορά τους κατά την διάρκεια της κλινικής κυκλικής τους εκπαίδευσης (clinical rotation), (Fulton, 2013).

Ο Fulton επίσης περιγράφει τρία στοιχεία κλειδιά, που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την επιλογή του μέντορα: **έλξη (attraction)**, **επίδραση (affect)** και **δράση (action)**.

Έλξη: Ο mentee πρέπει να έλκεται από τον μέντορα με την έννοια ότι τον μιμείται και τον συναγωνίζεται. Η προσωπικότητα του μέντορα πρέπει να επιτρέπει να τα πάνε καλά εύκολα. Πρέπει ο mentee να τον θαυμάζει και να προσβλέπει σε αυτόν, ενώ πρέπει να είναι καλός σε αυτό που κάνει.

Επίδραση: Ο μέντορας πρέπει να είναι θετικός, υποστηρικτικός και εμπυχωτικός, δείχνοντας σεβασμό προς τον mentee. Αυτό συχνά επιτυγχάνεται μέσω της καλής επικοινωνίας και της καλής σχέσης.

Δράση: Ο μέντορας πρέπει να έχει την θέληση να επενδύσει χρόνο και ενέργεια στην καθοδήγηση, διδασκαλία και συμβουλευτική υποστήριξη του mentee, όπως και να είναι διαθέσιμος και να ανταποκρίνεται εγκαίρως.

Πρακτικές στρατηγικές που ενισχύουν την επιτυχία του εγχειρήματος είναι ο καθορισμός ξεκάθαρων προτεραιοτήτων, με καθορισμένους άμεσους και μακροπρόθεσμους στόχους. Επίσης ο καθορισμός τακτικών συναντήσεων, με προκαθορισμένα ατζέντα και λίστα καθηκόντων.

Είναι προτιμότερες οι ιδιωτικές συναντήσεις σε καθορισμένο και εύκολα προσβάσιμο τόπο, αλλά και τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο, το τηλέφωνο ή το e-mail, είναι εναλλακτικές προτάσεις που αποδίδουν όταν δεν μπορεί να γίνει αλλιώς, (Fulton, 2013).

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΣΤΥΛ ΤΟΥ MENTORING

Υπάρχουν πολλά είδη mentoring που κυμαίνονται από τις περισσότερο παραδοσιακές μορφές, έως τις πιο πρόσφατες όπως το virtual mentoring. Μετά την έναρξη της εισόδου της γενιάς των millennials στον χώρο της εργασίας, οι απαιτήσεις από το mentoring αλλάζουν σταδιακά, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ειδών καθοδήγησης, (Strauss, 2013). Οι οργανισμοί πρέπει να διαλέγουν το στυλ του mentoring, που ταιριάζει με τις προσωπικότητες, την διαθεσιμότητα χρόνου, τους πόρους και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος.

Κάποια είδη και στυλ του mentoring κατά τους Strauss et al. (2013), και Kilgallon et al., (2012), είναι τα παρακάτω:

Κλασσικό μοντέλο, (classic model): Καλά σχεδιασμένο με καθορισμένο πλαίσιο, ένας με έναν, ένας μέντορας περισσότερο εξειδικευμένος και έμπειρος από έναν mentee του ίδιου πεδίου.

Σκιάδρες, (shadowing): Δεν θεωρείται αληθές μοντέλο mentoring. Βασίζεται στην παρατήρηση ενός έμπειρου εξειδικευμένου επαγγελματία.

Μοντέλο trans: Ο μέντορας εργάζεται σε διαφορετικό πεδίο από αυτό του mentee, π.χ. κλινική έρευνα και βασικές επιστήμες. Διευρύνει τους ορίζοντες για δίκτυο επαγγελματιών, και ενισχύει την διατμηματική και διεπιστημονική συνεργασία.

Δικτυακό μοντέλο,(networking model):Λιγότερο έντονο από το κλασικό, εξαρτάται λιγότερο από συγκεκριμένο μέντορα, προσφέρει έναν ευρύτερο τομέα προοπτικών.

Αντιστρεπτό mentoring,(reverse mentoring):Και τα δύο μέρη ενεργούν σαν μέντορες και mentees.Οι γηραιότεροι μαθαίνουν από τους millennials, οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι με την παρούσα και τις μελλοντικές τεχνολογίες.

Οι millennials μαθαίνουν από τους παλαιότερους που είναι έμπειροι στις δεξιότητες και την πρακτική του δικού τους πεδίου. Εμπειρία αμφίδρομης μάθησης. Φέρνει κοντά διαφορετικές γενιές εργαζομένων.

Ομαδικό mentoring,(group mentoring):Ταιριάζει σε οργανισμούς που έχουν έλλειψη ανώτερων ηγετών. Η μεταφορά γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο, ή ηλεκτρονικά από απόσταση.Μπορεί να υπάρχει και καθοδήγηση από ομοιόβαθμους. Πιθανότητα για rotation μεταξύ των μεντόρων.

Σημειακό,(spot mentoring):Περισσότερο χαλαρή προσέγγιση. Αναζήτηση ενός υψηλόβαθμου ηγέτη. Συναντήσεις ειδικές και εστιασμένες, άμεσο(one-off),αποτέλεσμα.

Εικονικό mentoring,(virtual mentoring):Χρησιμοποίηση Skype, Face Time, chatting κτλ. Περισσότερο φιλικό γεωγραφικά. Περιέχει κινδύνους κακής επικοινωνίας, αργής ανάπτυξης της σχέσης μέντορα και mentee, της εμπιστοσύνης και της άνεσης.

Κατά τον Ratnapalan (2010), τα συνηθέστερα είδη mentoring είναι:

Το mentoring ανατροφής-διαπαιδαγώγησης,(nurturing mentoring): Αναπτύσσεται από τον μέντορα ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο ο ίδιος είναι παρών και διαθέσιμος να βοηθήσει, να κρίνει και να διορθώσει, τις γνώσεις ή την ικανότητά του mentee στην επαγγελματική τεχνική. Ο mentee αισθάνεται ασφάλεια να μιλήσει και για προσωπικά του θέματα. Η σχέση τους διαρκεί και μετά την εκπαιδευτική περίοδο, βοηθώντας τον mentee να αναπτύξει την επιστημονική του καριέρα, (Ratnapalan, Mentoring in medicine, 2010).

Mentoring κλωνισμού,(cloning mentoring): Ο μέντορας επηρεάζει σαφώς την προσωπικότητα του mentee, ο οποίος και μετά την εκπαίδευσή του, στην επαγγελματική του ζωή συνεχίζει να συμπεριφέρεται όπως ο μέντορας.

Φιλικό,(friendly mentoring):Συμβαίνει όταν τα δύο μέρη υπηρετούν το ίδιο επιστημονικό πεδίο, και συνήθως είναι κοντά στην ιεραρχία πιθανόν και στο ίδιο επίπεδο. Αυτό μπορεί να είναι από πρωτοετής φοιτητής έως ανώτεροι κλινικοί και ερευνητές, (Akinla O, 2018).

Κατά τον Μουτσόπουλο (2018), το μέσω διαδικτύου mentoring,(αν και δεν μπορεί να αντικαταστήσει την πρακτική άσκηση, την αλληλεπίδραση ιατρού ασθενή και την ενσυναίσθηση), μπορεί να δράσει συμπληρωματικά, υπερπηδώντας φυσικά και γεωγραφικά σύνορα, με την άμεση επικοινωνία και την ανατροφοδότηση(feedback) που προσφέρει, σε θέματα θεωρητικά, κλινικά και γενικά, και σε θέματα καριέρας.

Ο Darling (1985), αναφέρεται στους τοξικούς μέντορες, που βλάπτουν παρά ωφελούν τους mentees τους, και ξεχωρίζει τέσσερις κατηγορίες:

Αυτοί που αποφεύγουν,(avoiders):Σπάνια είναι διαθέσιμοι, απίθανη η επαφή μαζί τους.

Οι ανατρεπτικοί,(dumpers):Πιστεύουν στην προσέγγιση κολυμπάς ή βυθίζεσαι, σχετικά με τον τρόπο επαγγελματικής επιβίωσης.

Αυτοί που εμποδίζουν,(blockers):Ασχολούνται με τον έλεγχο και στο χαμηλότερο επίπεδο(micromanage), ή κατακρατούν πληροφορίες.

Οι καταστροφείς,(destroyers): Δίνουν την εντύπωση πως ενδιαφέρονται μόνο για να υποβαθμίσουν και να υποτιμήσουν ότι οι mentees προτείνουν.

Οι μέντορες οπαδοί της «δοκιμασίας με την φωτιά»(trial by fire), πιστεύουν ότι βομβαρδίζοντας τους mentees με ακραία κριτική για ότι κάνουν, τους σκληραγωγούν και τους ετοιμάζουν για την πραγματική ακαδημαϊκή, ή κλινική καριέρα, στον πραγματικό

κόσμο. Τέτοιες συμπεριφορές είναι σιωπηλά αποδεκτές ακόμα και σήμερα για την εκπαίδευση των ιατρών, (Hawkins, 2010).

ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ MENTORING

Το mentoring δεν είναι πάντα χωρίς προβλήματα. Μπορεί να προκύψουν παρερμηνείες όταν δεν είναι ξεκάθαροι και κατανοητοί οι ρόλοι των δύο πλευρών, αλλά και τα όρια του ρόλου του καθενός, (MacLeod, 2007).

Οι περιορισμοί στον χρόνο εμποδίζουν τους συμμετέχοντες να αφοσιωθούν σ' αυτό.

Αν λίγοι μέντορες είναι διαθέσιμοι εντός ενός οργανισμού, τότε αυτοί κινδυνεύουν με υπερκόπωση, (MacLeod, 2007).

Αν οι μέντορες δεν επιλέγονται από τους ίδιους τους mentees, τότε η σχέση κινδυνεύει να αποτύχει, (Kilgallon, 2012).

Αν υπάρχει επικάλυψη ρόλων του μέντορα με τον επιβλέποντα την έρευνα, η πίστη στην μεντορική σχέση μπορεί να μειωθεί. Μπορεί να υπάρξει σύγκρουση συμφερόντων, και οι mentees διστάζουν να μοιραστούν τα προβλήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Αυτή η επικάλυψη ρόλων συμβαίνει κυρίως σε οργανισμούς φτωχούς σε πόρους, (MacLeod, 2007).

Αν και τα οφέλη υπερτερούν των κινδύνων, από την δημιουργία μιας μεντορικής σχέσης, αυτή μπορεί να είναι αποτυχημένη και οι λόγοι μπορεί να είναι πολλοί:

Έλλειψη αφοσίωσης, διαφορές στην προσωπικότητα, ανταγωνισμός (πραγματικός ή πλασματικός), σύγκρουση συμφερόντων, έλλειψη πείρας από τον μέντορα.

Οι συνέπειες μιας αποτυχίας μπορεί να είναι:

Τραυματισμός των σχέσεων εντός του εργασιακού χώρου και απώλεια της συναδελφικότητας.

Δημιουργία κινδύνων όταν υπάρχουν μεγάλες προσδοκίες από τον μέντορα και λόγω του "halo effect", υπερτίμηση των δυνατοτήτων του. Όταν ο mentee δεν μαθαίνει πια από τον μέντορα ή απομακρύνονται σταθερά, η σχέση τους πρέπει να τελειώσει.

Είναι σημαντικό ότι τα προγράμματα mentoring, ειδικά εκεί που ο μέντορας δεν επιλέγεται από τον mentee, παρέχουν επίσημη διαδικασία για αλλαγή μέντορα, (Burgess, 2018).

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ MENTORING

Η εμπιστευτικότητα, (confidentiality), πρέπει να διατηρείται στα όρια της καλής πρακτικής. Μια παραβίασή της μπορεί να γίνει σε μια γενική συζήτηση και αυτό που ελέγχθη πρέπει να το θυμόμαστε.

Σύγκρουση συμφερόντων, (conflict of interest): πρέπει πάντα να αναφέρονται.

Δύναμη, (power): Ο μέντορας αποκτά σημαντική γνώση για τον mentee του και την δουλειά του. Η εγγενής αυτή ανισορροπία δύναμης εντός της μεντορικής σχέσης, μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές π.χ. κλοπή ιδεών, σύγκρουση συγγραφέων, bullying, εκμετάλλευση και παρενόχληση.

Μη ρεαλιστικές προσδοκίες, (unrealistic expectations): Ο mentee μπορεί να αναμένει περισσότερα από τον μέντορα, από όσα αυτός μπορεί να προσφέρει. Παραδείγματα η έλλειψη διαθεσιμότητας, η αδυναμία να ολοκληρωθούν ήδη συμφωνημένα θέματα, η μη εμφάνιση στις συναντήσεις κτλ.

Πρόσβαση,(access):Περιορισμός ευκαιριών για συγκεκριμένα άτομα, άρνηση πρόσβασης σε υποαντιπροσωπευμένα γκρούπ, κτλ.

Οι οργανισμοί έχουν μηχανισμούς συχνά, για να μορφοποιήσουν τα προγράμματα mentoring, ή να εισαγάγουν προγράμματα εκπαίδευσης, για να αυξήσουν την ευαισθησία για τα ηθικά θέματα σε μια μεντορική σχέση, και να παρέχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την επίτευξη της προσήκουσας συμπεριφοράς.

Η προσεκτική επιλογή των μεντόρων και οι συνεχείς αξιολογήσεις των προγραμμάτων mentoring, αυξάνουν την επιτυχία των προγραμμάτων και μειώνουν την ηθική εκμετάλλευση,(Kilgallon, 2012).

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται στην υποστήριξη των νεότερων ιατρών από το mentoring, εντούτοις σε οποιοδήποτε στάδιο της καριέρας του κάποιος μπορεί να ωφεληθεί. Η ευελιξία της καριέρας των ακαδημαϊκών επαγγελματιών υγείας, είναι προνόμιο, αλλά και παράγων που καταδεικνύει την ανάγκη για συνεχές mentoring. Εμπόδια που σχετίζονται με την δομή των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, και τον έλεγχο της ακαδημαϊκής ιατρικής, εμποδίζουν όχι μόνο τους νεοεισερχόμενους αλλά και τους ήδη έχοντες καριέρα χρόνων, (Kumar K, 2011). Οι κλινικοί διδάσκοντες και οι γυναίκες μέλη της σχολής είναι αυτοί που αισθάνονται πιο παραμελημένοι, στον τομέα του mentoring, (Poroli, 2006), (Strauss SE, 2009).

Οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι ιατροί, έχουν ηθική και επιστημονική υποχρέωση να καθοδηγήσουν την επόμενη γενιά,(Μουτσόπουλος, 2018). Την τελευταία δεκαετία, η αυξημένη ευαισθησία για τις σεξουαλικές επιθέσεις, μέσω της δραστηριότητας του “Me Too” στις Η.Π.Α., έχουν κάνει διστακτικούς τους άνδρες μέντορες να καθοδηγήσουν γυναίκες, φοβούμενοι τις πιθανές ψευδείς κατηγορίες. Αυτή η υπεραντίδραση από την μια μεριά δημιουργεί προκατάληψη εναντίον των γυναικών, και από την άλλη θα επηρεάσει αρνητικά την επόμενη γενιά γυναικών στα επαγγέλματα υγείας.Αν ο μέντορας εκπαιδεύει και καθοδηγεί σε καθαρά επαγγελματικούς δρόμους, ο φόβος άδικων κατηγοριών απομακρύνεται, (Soklaridis S, 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μάθηση εντός ενός οργανισμού υγείας, περιλαμβάνει την ανάπτυξη της γνώσης και των δεξιοτήτων, και την κατανόηση των αξιών που είναι απαραίτητες για τον επαγγελματισμό και την κουλτούρα του οργανισμού. Το mentoring μπορεί να βοηθήσει στην ενδυνάμωση της κατανόησης των στοιχείων που ενδυναμώνουν την πρακτική του οργανισμού. Περιλαμβάνει και επαγγελματική(coaching), και προσωπική καθοδήγηση, και είναι ευεργετικό για την προσωπική ανάπτυξη, την καθοδήγηση της καριέρας και την επιλογή της. Η αναγνώριση των πιθανών προβλημάτων και των ηθικών ζητημάτων είναι σημαντική στην επιτυχία του mentoring.

Από την βιβλιογραφία είναι φανερός ο ρόλο του mentoring, στους ιατρούς που αναλαμβάνουν ηγετικούς ρόλους, (Hawkins J., 2010).

Κατά τον Chao, και τα δύο μέρη πρέπει να είναι αφοσιωμένα στην σχέση. Η αφοσίωση και το κίνητρο που είναι απαραίτητα για μια επιτυχημένη μεντορική σχέση, μπορούν να ενισχυθούν με καλή εξάσκηση και υποστηρικτικό πρόγραμμα,(Chao, 2009).

Μέχρι πρόσφατα οι μέντορες ωρίμαζαν σταδιακά μέσα από την σχέση τους με τους δικούς τους μέντορες,(Μουτσόπουλος, 2015).

Ο ίδιος συγγραφέας, αναφέρεται στους επαγγελματίες ιατρούς δασκάλους των δεκαετιών του 60, 70 και 80, και σημειώνει το πάθος τους, την αφοσίωσή τους και την ειλικρινή διάθεσή τους να μεταφέρουν όχι μόνο επαγγελματική γνώση, αλλά υψηλή «ηθικότητα». Με τον τρόπο που ζούσαν, δίδασκαν εμμέσως μια συνολική προσέγγιση της ζωής. Τα τελευταία χρόνια διάφορες ιατρικές σχολές, ιδίως στις Η.Π.Α., προσφέρουν μαθήματα για να διδάξουν τους διδάσκοντες. Υπάρχει αναπτυσσόμενη βιβλιογραφία ως προς το mentoring στην υγεία, με πολλές συστηματικές αναλύσεις, αλλά συχνά το συμπέρασμα είναι ότι χρειάζονται επιπλέον ενδείξεις πώς να κατασκευάσουμε την καλύτερη μεντορική εμπειρία και πώς να την συγκεκριμενοποιήσουμε, (Kashiwagi DT, 2013), (Wilson G, 2017).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- MacLeod, S. (2007). The challenge of providing mentorship in primary care . *Postgrad Med J* , 83 (979), σσ. 317 – 319.
- Popoli, L. (2006). Career development for academic medicine α nine step strategy. *BMJ Careers* .
- A, T. (2001). *An Eessential Guide to Knowledge Management*. New Jersey:Prentice Hall: E-Business and CRM Applications.
- Ahwah, I. &. (1997). Using profiling for cost and quality management in the emergency department. *Healthcare Financial Management* , 51 (7), σσ. 50–53.
- Akinla O, H. P. (2018). A systematic review of the literature describing the outcomes of near-peer mentoring programs for first year medical students. *BMC Med Educ* , 18 (1), σ. 98.
- Akinla, O. H. (2018). A systematic review of the literature describing the outcomes of near-peer mentoring programs for first year medical students. *BMC Med Educ* , 18 (1), σ. 98.
- AL., C. (1972). Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. *The Nuffield Provincial Hospitals Trust* .
- Allee, V. (1997b). 12 principles of knowledge management. *Training and Development* , 51 (11), σσ. 71-74.
- Ambrosini, V. a. (2001). Tacit Knowledge:Some suggestions for operationalization. *Journal of management studies* , 38, σσ. 811-829.
- Andrews, G. C. (June 2009). After Action Reviews: a New Model for Learning. *Emergency Nurse* , 17 (3).
- Anita Kothari, N. H. (2011). Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. *BMC Health Services Research* , 11 (73).
- ANONYMOUS. (1948). Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. *Br Med J* , 2, σσ. 769–782.
- ANTAMAN EM, L. J. (1992). Comparison of results of meta-analysis of randomised control trials and recommendations of clinical experts. *JAMA* (268), σσ. 240-248.
- Armstrong R, W. E. (2007). The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promot Int* , 22 (3), σσ. 254–260.
- Ash. (n.d.). *www.kwork.org*. Ανάκτηση 2004, από <http://www.knowledgepoint.com>.
- Ash, J. (n.d.).
- Ash, J. (1998). Managing knowledge gives power. *Comunication word* , 15 (3), σσ. 23-26.
- ATKINS, D. B.-Y. (2004). *BMJ* (328), σ. 1490.
- Avdimiotis, S. (2019, 11 30). Emotional intelligence and tacit knowledge management in hospitality. *Munich Personal RePEc Archive* .

- Bass, B. (1985.). Leadership and Performance Beyond Expectations. *The Free Press* .
- Bateson, G. (1973). *Steps to an Ecology of Mind*. London: Paladin.
- Baum, J. a. (1999). Sources, dynamics and speed: A longitudinal behavioural simulation of interorganizational and population-level learning. *Strategic Management* , 16 (1), σσ. 155-184.
- Benner, P. H.-K. (1999). *Clinical wisdom and interventions in Critical Care*. Philadelphia,PA: Saunders.
- Bergeron, B. (2003). *Essentials of Knowledge Management*. New Jersey USA: Wiley.
- Beveren, J. (2003). Does health care for knowledge management. *JOURNAL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT* , σσ. 90-96.
- Bhatt, D. (2001). Knowledge management in organizations:examining the interaction between technologies, techniques and people. *Journal of Knowledge management* , 5 (1), σσ. 68-75.
- Blumenthal, D. (1999). Health care reform at the close of the 20th century. *New England Journal of Medicine* .
- Boisot, M. (1995). *Information space:A Framework for Learning in Organizations, Institutions and Culture*. London: Routledge.
- Bria, W. F. (1996). The physician–computer connection:A practical guide to physician involvement in health care information systems (2nd ed.). *American Hospital Association*.
- Buetow, S. (2009). "EBM and the strawman: a commentary on Devisch and Murray(2009). 'We hold these truths to be self-evident': deconstructing 'evidence-based' medical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* , 15 (6), σσ. 957-959.
- Burgess, A. v. (2018;). Mentorship in the health professions: a review. *THE CLINICAL TEACHER* (15), σσ. 197–202.
- Burgess, A. v. (2018). Mentorship in the health professions:a review. *Clin Teach* (15), σσ. 197-202.
- Cassell, E. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press 2nd ed.
- Chang YY, H. P. (2009). Performance evaluation of knowledge management among hospital employees. *Int J Health Care Qual Assur* , 24 (5), σσ. 348–365.
- Choo, C. B. (2002). *The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge*. New York,NY: Oxford University Press.
- CHOUDHRY, N. S. (2002). Relationship between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* (287), σσ. 612–617.
- Cimino, J. (1999). Development of expertise in medical practice. *Tacit Knowledge in in Professional Practice* , σσ. 101-120.
- COWELL DG, U. G. (1985). Information needs in office practice: Are they being met? *Ann Intern Med* (103), σσ. 596–599.

- D., D. (2002). You have a choice, dear patient. *BMJ* , σ. 324:674.
- Dalgaty, F. G. (2016). The value of mentorship in medical education. *THE CLINICAL TEACHER* (13), σσ. 1–5.
- Darzi. (March 2008). *High Quality Care for All NHS Next Stage Review Final Report Department of Health*.
- Davenport, e. (1998). Successful Knowledge Management Projects. *Sloan Manager Review* , 39 (2), σσ. 43-57.
- Davenport, T. a. (1998). *Working Knowledge:How organizations manage what they know*. Boston MA: Harvard Business School Press.
- DAVIS DA, T. M. (1997). Changing physician performance A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. *JAMA* (274), σσ. 700-705.
- De Lusignan S, W. S. (n.d.). Med Inform Internet Med. *A knowledge audit of the managers of primary care organizations: top priority is how touse routinely collected clinical data for quality improvement*. , 30 (1), σσ. 69–80.
- DEARLOVE, O. S. (1995). Evidence based medicine. Many questions cannot be answered by evidence based Medicine. *BMJ* (311), σσ. 257–258.
- Dechartres A, A. D. (2014). Association between analytic strategy and estimates of treatment outcomes in meta-analyses. *JAMA* (312), σσ. 623–30.
- D'Eredita, M. a. (2006). How does Tacit knowledge ProlifarateAn episode based perspective. *Organization studies* , 27, σσ. 1821-1842.
- Dewey, J. (1929). *The Quest For Certainty*. New York: G.P.Putnam.
- DM., E. (1996). *Clinical decision making. From theory to practice*. Boston: Jones & Bartlett,.
- Dobbins M, D. K. (2004). A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldview Evid Based Nurs* , 1 (2), σσ. 120–128.
- Dorow, P. e. (2019). Practices of knowledge management in health organizations. *Espacios* , 40, σ. 2.
- Drucker, P. (1993). *Post Capitalism Society* . Oxford:Butterworth/Heinemann.
- Du, R. S. (2007). Relationship between knowledge sharing and performance:A survey in Xian,China. *Expert systems with applications* , 32, σσ. 38-46.
- Duck, B. F. (2005). Learning to Build a car:An empirical Investigation of Organizational learning. *Journal of Management Studies* , 42, σσ. 387-416.
- EASTERBROOK, P. B. (1991). Publication bias in clinical research. *Lancet* (337), σσ. 867–872.
- EBMWG. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* , 267 (18), σσ. 2420-2425.

- EK., Y. (2013). Predictors of attitude and intention to use knowledge management system among Korean nurses. *Nurse Educ Today* , 33 (12), σσ. 1477–1481.
- Emig, J. (1983). *The web of meaning*. Upper Montclair,NJ: Boynton/Cook.
- Ensiyeh, J. e. (2018). How to utilize tacit knowledge in health organizations:An Iranian perspective. *MJIRI ,Med J Islam RepubIran*.
- Epidemiology series. (2002). *Lancet* .
- EUROPE, C. O. (2001). *Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practice. Recommendation Rec(2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum*. Strasbourg, 2002: Council of Europe Publishing.
- Filemon, A. U. (2008). *Introduction to knowledge management*. Indonesia: ASEAN Publications.
- Frei, E. S.-F. (2010). Mentoring programs for medical students – a review of the PubMed literature 2000–2008. *BMC Med Educ* (10), σ. 32.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- French, R. C. (2002). *Implicit Learning and Consciousness*. Hove,UK: Psychology Press.
- Fulton, J. .. (2013). Mentorship: excellence in the mundane. *British Journal of Healthcare Assistants* , 7 (3), σσ. 142 – 144.
- Fulton, J. .. (2013 ;). Mentorship: excellence in the mundane. *British Journal of Healthcare Assistants* , 7 (3), σσ. 142 – 144.
- GALLIERS, R. (1987). *On the nature of information. Introduction*. In:Galliers R (ed) Addison Wesley.
- Gample, P. &. (2004). *Knowledge management*. Αθήνα: Δίαυλος.
- Garmel, G. (2004). Mentoring Medical Students in Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* (11), σσ. 1351–1357.
- Garvin, D. (1998). Building a learning organization. *Harvard Business School Press* , σσ. 47-80.
- Gawande, A. (2002). *Complications*. New York: Metropolitan books.
- Gerrish K, M. A. (2011). The role of advanced promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs* , 67 (9), σσ. 2004–2014.
- GEYMAN, J. (1998). Evidence-based medicine in primary care:An overview. *J Am Board Fam Pract* (11), σσ. 46–56.
- Ghosh B, S. J. (2005). Comparing knowledge management in health-care and technical support organizations. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* , 9 (2), σσ. 162–168.
- Gider, Ö. e. (2015). Perceptions of Physicians About Knowledge Sharing Barriers in Turkish Health Care System. *Journal of medical systems* , 39 (5), σ. 42.

- Gill, J. (2000). *The tacit mode*. New York: State University of New York Press.
- Gill, J. (2000). *The tacit mode*. Albany: State University of New York Press.
- Goh, S. a. (1997). Benchmarking the learning capability of organizations. *European management Journal* , 15 (5), σσ. 575-583.
- Grant, R. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic management Journal* , 17, σσ. 109-122.
- Gray, S. J. (September 1998). Where's the Chief Knowledge Officer? *BMJ* , 317.
- GREENHALGH, T. H. (2014). EVIDENCE BASED MEDICINE RENAISSANCE GROUPEvidence based medicine. *BMJ* (348), σ. g3725.
- GROUP, E. M. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* , 268, σσ. 2420–2425.
- GT., C. (2009). Formal mentoring: Lessons learned from past practice. *Prof Psychol Res Pr* , 40 (3), σσ. 314–320.
- Hamilton, M. G. (2012). *Suffering and the sleeplessness of physicians*. In *Perspectives on Human Suffering*. Heidelberg, London, and New York: J. Malpas and N. Lickiss Springer Dordrecht.
- Hatsopoulos, N. a. (1999). The role of tacit knowledge in management. *Tacit knowledge in Professional practice* , σσ. 141-152.
- Hawkins J., F. H. (2010). Mentorship: the heart and soul of health care leadership. *Journal of Healthcare Leadership* .
- Hawkins, J. F. (2010). Mentorship: the heart and soul of health care leadership. *Journal of Healthcare Leadership* , σσ. 31–34.
- Haynes, R. B. (n.d.). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-Based Medicine* , 7 (2), σσ. 36-38.
- HAYNES, R. D. (2002). Physicians' and patients choices in evidence based practice. *BMJ* .
- HAYNES, R. (1993,). Where is the meat in clinical journals? (Editorial). *ACP Journal Club* (119), σσ. A–22–23.
- Health education England. (December 2014). *Knowledge for Healthcare: A Development Framework for NHS Library & Knowledge Services in England 2015-2020*.
- Health education England. (March 2013). *NHS Improving Quality: Our Strategic Intent*.
- Hedberg, B. (1981). *How organizations learn and unlearn*. Oxford: Oxford University Press.
- Henry, S. (2006). Recognizing tacit knowledge in medical epistemology. *Theoretical Medicine and Bioethics* , 27 (3), σσ. 187–213.

Hill, P. P. (March 2008). *Authority in the NHS. Report of a National review of NHS Health Library Services in England: From knowledge to health in the 21st Century*.

<http://www.knowledgebusiness.com/knowledgebusiness/templates/home.aspx?siteId=1&menuItem=25>. (n.d.).

<http://www.knowledgebusiness.com/knowledgebusiness/templates/home.aspx?siteId=1&menuItem=25>. (n.d.).

<https://www.england.nhs.uk>. (n.d.).

Hugh Marshall McHugh, S. T. (2015). Personal Knowledge in Medicine and the Epistemic Shortcomings of Scientism. *Journal of Bioethical Inquiry Pty Ltd*.

Hult, e. a. (2005). Knowledge as a strategic resource in supply chains. *Journal of Operations Management*.

IM., N. (2012). All teach, all learn, all improve?: The role of interorganizational learning in quality improvement collaborative. *Health Care Manage Rev*, 37 (2), σσ. 154–164.

IMRAN, N. E. (2013). Educating tomorrow's doctors: A cross sectional survey of emotional intelligence and empathy in medical students of Lahore. *Pac J Med Sci* (29), σσ. 710-714.

Inkpen, A. a. (1998). Knowledge management Processes and International Joint Ventures. *Organization Science*, 9 (4), σσ. 454-468.

Ioanna Karamitri, M. A. (2015). Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *Int J Health Plann Mgmt*.

IOANNIDIS, J. (2014). Clinical trials: What a waste. *BMJ* (349), σ. g7089.

Işık, Ö. a. (2013). Practices of knowledge intensive process management: quantitative insights. *Business Process Management Journal*, 19 (3), σσ. 515-534.

J, K. (2000). *Applying corporate knowledge management practices*. EDUCAUSE Quarterly.

Johannessen, J. e. (2001). Mismanagement, of tacit knowledge: the importance of tacit knowledge, the danger of information technology, and what to do about it. *International Journal of Information Management*, 21, σσ. 121-139.

Johnson-Laird, P. (1983). *Mental Models*. Cambridge: Cambridge University Press.

K., W. (1995). *Knowledge management methods: practical approaches to managing knowledge*. Arlington (Texas): Schema Press.

K.E., S. (2001). <http://www.sveiby.com/articles/vikings.htm>. Ανακτήση 4 28, 2021

Kaplan, B. (September/October 2007). Creating Long-Term Value as Chief Knowledge Officer. *KM Review*, 10 (4).

Kashiwagi DT, V. P. (2013). Mentoring programs for physicians in academic medicine: a systematic review. *Acad Med.*, 88 (7), σσ. 1029-1037.

- Katsikas, S. (2000). Health care management and information systems security: awareness, training or education? *Int. J. Med. Inform.* , 60 (2), σσ. 129–135.
- Kilgallon, K. ., (2012). *Mentoring in Nursing and Healthcare: A Practical Approach* . Chichester: Wiley-Blackwell .
- Klein, G. (1998). *Sources of power*. Cambridge MA: MIT Press.
- Kolb, A. (1984). *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kram, K. (1983). Phases of the Mentor Relationship. *The Academy of Management Journal* (26), σσ. 608–626.
- KRUMHOLZ, H. P. (2014). Open access to clinical trials data. *JAMA* (312), σσ. 1002–1003.
- Kumar K, R. C. (2011). Entering and navigating academic medicine: academic clinician educators experiences . *Med Educ* , 45 (5), σσ. 497 – 503.
- Kümpers S, M. I. (2006). The importance of knowledge transfer between specialist and generic services in improving healthcare: a cross-national study of dementia care in England and The Netherlands.n. *Int J Health Plann Manage* , 18 (3), σσ. 35–48.
- Lam, A. (2000). Tacit knowledge, Organizational learning and societal Institutions: An integrated framework. *Organization studies* , 21 (3), σσ. 487-513.
- Lee HS, H. S. (2014). Factors affecting hospital employees knowledge sharing intention and behavior and innovation behavior. *Osong Public Health Res Perspect* , 5 (3), σσ. 148–155.
- LEVIN, A. (2001). The Cochrane collaboration. *Ann Intern Med* (135), σσ. 309–312.
- Liu FC, C. K. (2012). Team innovation climate and knowledge sharing among healthcare managers: mediating effects of altruistic intentions. *Chang Gung Med J* , 35 (5), σσ. 408–415.
- M Hassan Murad, N. A. (2016 |). New evidence pyramid. *Evid Based Med* , 21 (4).
- Mascitelli. (2000). From experience: harnessing tacit knowlwdge to achieve breakthrough innivation. *Journal of Product Innovation Management* , 17, σσ. 179-193.
- Mc Nabb, D. (2007). *Knowledge management in the public sector*. M.E. Sharpe inc.
- McCOLL, A. S. (1998). General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine A questionnaire survey. *BMJ* (316), σσ. 361–365.
- McDermott, R. (2000). Why information technology inspired but cannot deliver knowledge management. *Calif Manag Rev.* , 41 (4), σσ. 103–117.
- McHugh, H. M. (2014). *Suffering and the Dimensionality of medical Knowledge*. UNIVERSITY OF OTAGO, DUNEDIN, NEW ZEALAND.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.

- Mian, A. (2011). True mentorship in medicine. *Can Fam Physician* (57), σσ. 252-255.
- Miles, I. (2015). Knowledge intensive business services: prospects and policies. *foresight* , 7 (6), σσ. 39-63.
- Minbaeva, D. B. (2010). Governing individual knowledge sharing behavior. Στο C. B. School (Επιμ.), *SMG Working Paper 2/2010*. Copenhagen: Center for Strategic Management and Globalization.
- Mintzberg, M. (2001b). *Managing exceptionally* (Τόμ. 6). Organization Science.
- Montgomery, K. (2006). *How doctors think: Clinical judgement and the practice of medicine*. New York: Oxford University Press.
- Moutsopoulos, H. (2018). *Mentoring in medicine*. Athens, Greece: Athens Academy.
- ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, Τ. (2015). Clarifying the term “evidence based medicine”. *Archives of Hellenic Medicine* , 32 (5), σσ. 650–660.
- Murad MH, A. O. (2014). Using GRADE for evaluating the quality of evidence in hyperbaric oxygen therapy clarifies evidence limitations. *J Clin Epidemiol* (67), σσ. 65–72.
- Murad MH, M. V. (2014). How to read a systematic review and meta-analysis and apply the results to patient care: users’ guides to the medical literature. *JAMA* (312), σσ. 171–9.
- Μπαλής, Χ. (2007). *Συστήματα διαχείρισης γνώσης σε οργανισμούς φροντίδας υγείας*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- NAYLOR, C. (1995). Grey zones of clinical practice: Some limits to evidence-based medicine. *Lancet* (345), σσ. :840–842.
- NHS England. (December 2014). *The Forward View into Action – Planning for 2015/16*. Public Health England, Monitor, Health Education England, Care Quality Commission, NHS Trust Development Authority.
- NHS Executive. (November 1997). Health Service Guidelines. 87 (47).
- NHS Executive. (September 1998). *Information for Health: an Information Strategy for the Modern NHS 1998-2005*.
- Nishida, K. (1990). *An Inquiry into the Good*. New Haven: CT Yale University Press.
- Nonaka. (2003).
- Nonaka, I. &. (2003). *Η Επιχείρηση της Γνώσης*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Nonaka, I. (1990b). *A theory of Organizational Knowledge Creation*. Tokyo: Nihon-Keizai-Shimbunsha.
- Nonaka, I. T. (1995). *The knowledge -Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- Nor’ashikin Alia, A. T. (2017). Knowledge management systems success in healthcare:Leadership matters. *International Journal of Medical Informatics* (97), σσ. 331–340.

- Ofek, E. S. (2001). Leveraging the Customer Base: Crating competitive advantage through knowledge management. *Management Science Informs* , 47 (11), σσ. 1441-1456.
- Patel, V. (1999). Expertise and tacit knowledge in medicine. *Tacit knowledge in Professional Practice* .
- Pearson A, F. J. *Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care: Assimilating Research, Experience and Expertise*. Blackwell:Oxford.
- PM., W. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health Soc Care Community* , 20 (5), σσ. 550–560.
- PM., W. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health Soc Care Community* , 20 (5), σσ. 550–560.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Polanyi., M. (1962). *Personal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Pololi, L. ,. (2005). Mentoring Faculty in Academic Medicine— A New Paradigm. *J Gen Intern Med* , 20 (9), σσ. 866 – 870 .
- Popper, K. (1972). *The logic of scientific discovery*. London: Hutchinson.
- Public Health England. (October 2013). *Knowledge Strategy: Harnessing the Power of Information to Improve the Public's Health*.
- Pulde, M. F. (1999). Physician-centered management guidelines. *Physician Executive* , 25 (1), σσ. 40-44.
- Quinn, J. (1996). *Managing Professional Intellect: making the most of the best*. Harvard Business Review.
- R. Garud, A. K. (2005). Vicious and virtuous circles in the management of knowledge the case of Infosys Technologies. *MIS Q.* , 29 (1), σσ. 9–33.
- Ranjit, B. (2003). Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications* , 24, σσ. 59-71.
- Ratnapalan, S. (2010). Mentoring in medicine. *Can Fam Physician* (56), σσ. 198-199.
- Ratnapalan, S. (2010). Mentoring in medicine. *Can Fam Physician* (56), σσ. 198-199.
- Ridout, S. .. (2006). Mentoring: guided by the light. *PT Magazine* , 14 (1), σσ. 42 – 48.
- Ridout, S. .. (2006). Mentoring: guided by the light. *PT Magazine* , 14 (1), σσ. 42 – 48 .
- Ryan, R. a. (2000). “Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology* , 25 (1), σσ. 54-67.

- S., L. (1994). Does editorial peer review work? (Editorial). *Ann Intern Med* (121), σσ. 60–61.
- SACKETT DL, R. W. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* , 312, σσ. 71–72.
- SACKETT DL, S. S. (2002). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ.
- SACKETT DL, S. S. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. London: Churchill-Livingstone.
- SACKETT, D. S. (1998). Finding and applying evidence during clinical rounds. *JAMA* (280), σσ. 1336–1338.
- Salomann, e. a. (2005). Rejuvenating customer management: how to make knowledge for, from and about customers work. *European Management Journal* , 23 (4), σσ. 392-403.
- Sambunjak, D. S. (2006). Mentoring in academic medicine: a systematic review. *JAMA* , 296 (9), σσ. 1103 – 1115.
- Sánchez-Polo MT, C.-N. J. (2008). Implementing knowledge management practices in hospital-in-the-home units. *J Nurs Care Qual* , 23 (1), σσ. 18–22.
- Schardt C, A. M. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak* , 7 (16).
- SCHIELE, F. M. (2005). *Eur Heart J* (26), σσ. 873–880.
- Schneider, S. (1993, January). Conflicting ideologies: structural and motivational consequences. *Human relations* , 46 (1), σσ. 45-64.
- Sigala, M. a. (2007). New service development: preliminary findings on process development and assessment from the greek hotels. *Advances in hospitality and leisure* .
- Skyrme, D. (1998, January). Developing a knowledge strategy. *Strategy* , σσ. 18-19.
- SMITH, G. P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* (327), σσ. 1459–1461.
- SNIDERMAN, A. F. (2009). Why guideline-making requires reform. *JAMA* (301), σσ. 429–431.
- SNIDERMAN, A. F. (2009). Why guideline-making requires reform. *JAMA* (301), σσ. 429–431.
- Soklaridis S, Z. C. (2018). Men's fear of mentoring in the #MeToo Era-What's at stake for Academic Medicine. *N Engl J Med* (379), σσ. 2270-2274.
- Spaeth, E. (1999). What a lawyer needs to learn. *Tacit Knowledge In Professional practice* , σσ. 21-36.
- Spaeth. (n.d.).
- Spielmanns, G. a. (n.d.). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: Evidence from internal industry documents. *Journal of Bioethical Inquiry* , 7 (1), σσ. 13–29.

- Srivastava A, B. K. (2006). Empowering leadership in management teams: effects on knowledge sharing, efficacy, and performance. *Acad Manage J* , 49 (6), σσ. 1239–1251.
- Stan, G. (2014). <https://stangarfield.medium.com>. Ανάκτηση 4 28, 2021
- Stewart, M. J. (2003). *Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method*. Radcliffe Medical Press.
- Straus, S. H. (2009.). Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. *CMAJ* , σσ. 942-5.
- Straus, S. J. (2013). Characteristics of successful and failed mentoring relationships: a qualitative study across two academic health centers. *Acad Med* (88), σσ. 82-89.
- Straus, S. J. (2013). Characteristics of successful and failed mentoring relationships: a qualitative study across two academic health centers. *Acad Med*. (88), σσ. 82-89.
- STRAUS, S. M. (2000). *CMAJ* (163), σσ. 837–841.
- Straus, S. S. (1998). Using research findings in clinical practice. *BMJ* (317), σσ. 339- 42.
- Strauss SE, C. F. (2009). Issues in the mentor–mentee relationship in academic medicine qualitative study. *Acad Med* , 84 (1), σσ. 135 – 139.
- Sylla AH, R. E. (n.d.). Qualitative study of health information needs, flow, and use in Senegal. *J Health Commun* (2), σσ. 46–63.
- The National Advisory Group Report (chaired by Professor Don Berwick) . (August 2013). *A Promise to Learn – A Commitment to Act; Improving the Safety of Patients in England*.
- Tonelli, M. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* , σσ. 1234-40.
- Tsoukas, H. a. (2001). What is Organizational Knowledge. *Journal of Management studies* , 38, σσ. 973-993.
- Tsoukas, H. (2009b). *Creating Organizational knowledge Dialogically: An outline of a theory*. London: Routledge: In T. Rickards, M.A. Runco and S. Moger.
- U.R. Kulkarni, S. R. (2007). A knowledge management success model: theoretical development and empirical validation. *J. Manage. Inf. Syst* , 23 (3), σσ. 309–347.
- Uwe Wilkesmann, M. W. (2011). *Knowledge Transfer in German Hospitals*. Technische Universität Dortmund. Discussion papers des Zentrums für Weiterbildung.
- V, A. (1997). *The knowledge Evolution: Expanding Organizational Intelligence*. Butterworth-Heinemann 1st edition USA.
- Van de Walle S, V. D. (2010). *How is information used to improve performance in the public sector: exploring the dynamics of performance information. In Connecting Knowledge and Performance in Public Services: From Knowing to Doing*. Cambridge: Walshe K, Harvey G, Jas P (eds). Cambridge University Press .

- Virgilio, R. C. (2007). Evidence-Based Medicine, Part 1. An Introduction to Creating an Answerable Question and Searching the Evidence. *AOA*, 107 (8), σσ. 295-297.
- Virgillito, U. W. (2007). *Requirements for knowledge transfer in hospitals*. Dortmund: Discussion papers des Zentrums für Weiterbildung Universität Dortmund.
- Vygotsky, L. a. (1994). *Tool and Symbol n Child Development*. In R. van de Veer and J. Valsiner(Eds). *The Vygotsky Reader*. Blackwell Publishers.
- W.H. DeLone, E. M. (1992). Information systems success: the quest for the dependent variable,. *Inf. Syst. Res*, 3 (1), σσ. 60–95.
- Weick, K. *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks,CA: Sage.
- West, M. e. (2015). *Leadership and leadership development in healthcare:The evidence base*. London: The Faculty of Medical Leadership and Management withThe King’s Fund and the Center for Creative Leadership.
- Wilkesmann, U. W. (2009b). The absence of cooperation is not necessarily defection: Structural and motivational constraints of knowledge transfer in a social dilemma situation. *Organization Studies*, 30 (10), σσ. 1141-1164.
- WILLIAMSON JW, G. P. (1989). Health science information management and continuing education of physicians: A survey of US primary care practitioners and their opinion leaders. *Ann Intern Med* (110), σσ. 151–160.
- Wilson G, L. V. (2017). Exploring the relationship between mentoring and doctors' health and wellbeing:a narrative review. *J R Soc Med*, 110 (5), σσ. 188-197.
- Wittgenstein, L. (1979). *On Certainty*. Oxford: Blackwell.
- Wu IL, H. Y. (n.d.). Examining knowledge management enabled performance for hospital professionals: a dynamic capability view and the mediating role of process capability. *J Ass Inf Syst*, 33 (12), σσ. 976–999.
- Wyatt, J. (2001). Management of explicit and tacit knowledge. *Journal of the Royal Society of Medicine* (94), σσ. 6-9.
- Wyer, P. K. (2004). Tips for learning and teaching evidence-based medicine: introduction to the series. *CMAJ*, 171, σσ. 347-8,.
- Wyer, Π. S. (n.d.).
- Y, M. (1997). *Knowledge management in inquiring organizations*. Indianapolis, USA: Third Americas Conference on Information Systems.
- Yoon, M. ,.-H. (2016 ;). Coaching early- career educators in the health professions. *Clin Teach*, 13 (4), σσ. 251 – 256.
- Αβδημώτης, Σ. (2020). *Διαχείριση Άρρητης Γνώσης και Οργανωσιακή Συμπεριφορά*. Θεσσαλονίκη: Δίσιγμα.

ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ, Ε. (2005). Επί ενδείξεων βασιζόμενη Ιατρική Μια πανοραμική άποψη και κριτική θεώρηση Το αναδυόμενο νέο παράδειγμα της κλινικής ιατρικής. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE* , 22 (3), σσ. 307-316.

ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ, Ε. (1993). *Κλινική λογική. Μεθοδολογία λήψης κλινικών αποφάσεων και επίλυσης κλινικών προβλημάτων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.

ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ, Α. (2010). Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις: Η πρόκληση της αλλαγής. *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική* (2), σσ. 75-84.

Bell, D. (1999). *The Coming of Post-Industrial Society*. New York: Basic Books.

ΓΑΛΑΝΗΣ, Π. (2009). Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , 26 (6), σσ. 826-841.

(2015-2016). *ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ- Πιλοτικό Πρόγραμμα 2015-16*. ΑΘΗΝΑ: ΕΚΠΑ.

Zahra, S. a. (2002). Absorptive capacity: a review, reconceptualization, and Extension. *Academy of management Review* , 27 (2), σσ. 185-203.

ΗΜ., Μ. (2015). *Travelogue to knowledge*. Athens: Hestia Publishers.

Θ., Μ. (1998). Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις και η ελευθερία του γιατρού. *Ιατρική* (73), σσ. 11–13.

Keskin, H. (2005). The relationships between explicit and tacit oriented KM strategy and Firm Performance. *Journal of American Academy of business* , 7 (1), σσ. 169-176.

Καρύδη, Α. (2010). *Η Διαχείριση της γνώσης στο Δημόσιο Τομέα. Η περίπτωση της γενικής γραμματείας Μακεδονίας Θράκης*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Kothari, A. (2012). The use of tacit and explicit knowledge in public health: a qualitative study. *Implementation Science* .

Κωνσταντινίδης, Η. (2009). *Διαχείριση Γνώσης. Η περίπτωση μιάς εταιρίας πληροφορικής*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Νικόλαος, Π. (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Κριτική.

Νικολιάς, Ι. (2008). *Αριστεία στη διαχείριση της γνώσης*. Χανιά: Πολυτεχνίο Κρήτης.

Nonaka, I. T. (1995). *The knowledge creating company*. New York: Oxford University Press.

ΝΤΑΙΛΙΑΝΝΗΣ, Γ. Λ. (2017). Η συναισθηματική νοημοσύνη και η πληροφοριακή συμπεριφορά στην Ιατρική πρακτική. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* , 34 (6), σσ. 797-804.

Ξυροτύρη-Κουφίδου, Σ. (2010). *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων :Κτίζοντας τα θεμέλια για τη στρατηγική για τη στρατηγική διοίκηση των ανθρώπων*. Θεσσαλονίκη: Αννίκουλας.

Ρωσσίδης, Ι. Α. (2017). *ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΝΩΣΗΣ*. Αθήνα: Σταμούλη Α.Ε.

Σπάρος, Λ. Δ. (2008). Ιατρική βασιζόμενη στη γνώση. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 25 (3), σσ. 389-395.

Τσαγκαλίδου, Σ. (2011). *Διαχείριση Γνώσης στη Δημόσια Διοίκηση*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.