

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

310

Przedsiębiorstwo jako organizacja ucząca się



Redaktorzy naukowi

Barbara Olszewska

Maciej Czarnecki

Estera Piwoni-Krzeszowska



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-307-6

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	11
------------	----

Część I. Systemowy aspekt uczenia się organizacji

Barbara Olszewska: Teoretyczne nurty dominujące w problematyce uczenia się organizacji.....	15
Maciej Czarnecki: Eksploracja i eksploatacja jako dylemat organizacyjnego uczenia się.....	32
Bogusław Hajdasz: Zarządzanie procesem uczenia się przedsiębiorstwa w sieci.....	43
Kazimierz Jaremczuk: Delegowanie uprawnień przesłanką uczącej się organizacji.....	56
Tadeusz Kowalewski: Kształcenie ustawiczne w procesie zmiany: od organizacji uczącej się do organizacji inteligentnej.....	65
Adrianna Lewandowska: Analiza procesu organizacyjnego uczenia się w logice „podwójnej pętli” Strategicznej Karty Wyników przedsiębiorstwa rodzinnego.....	74
Katarzyna Olejczyk-Kita: Uczenie się organizacji – aspekt zasobowy.....	83
Aleksandra Rudawska: Wielopoziomowe ujęcie organizacyjnego uczenia się a zmiany organizacyjne.....	91
Oksana Seroka-Stolka, Tomasz Nitkiewicz, Anna Brzozowska: Rola wiedzy ekologicznej w proaktywnym rozwoju przedsiębiorstwa.....	103
Jan Skalik: Kreatywność w przedsiębiorstwie uczącym się.....	113
Ewa Stańczyk-Hugiet, Mateusz Strychalski: Asymetria wiedzy w relacjach międzyorganizacyjnych.....	123
Anna Starosta: Podejścia do zarządzania antykryzysowego w kontekście organizacyjnego uczenia się.....	132
Anna Wójcik-Karpacz: Rutyny dzielenia się wiedzą jako źródła relacyjnej przewagi konkurencyjnej.....	142
Bogusława Ziółkowska, Piotr Tomski: Identyfikacja efektów międzyorganizacyjnego uczenia się w zarządzaniu przedsiębiorstwem w otoczeniu sieciowym.....	151

Część II. Psychospołeczne uwarunkowania organizacyjnego uczenia się

Monika Chodorek: Zarządzanie talentami w procesie uczenia się przedsiębiorstwa.....	165
Agnieszka Fornalczyk: Coaching w organizacji – dyspozycyjne uwarunkowania uczenia się menedżerów.....	175
Bartłomiej J. Gabryś: Wybrane dylematy uczenia się i wiedzy w narracjach zarządzających.....	184
Aldona Glińska-Noweś, Rafał Haffer: Znaczenie interpersonalnych relacji pracowników w organizacyjnym uczeniu się.....	193
Barbara Józefowicz: Zaufanie jako determinanta organizacyjnego uczenia się przedsiębiorstw.....	203
Katarzyna Piórkowska: Uwarunkowania menedżerskiego uczenia się.....	213
Magdalena Rajchelt: Role menedżera w organizacji uczącej się.....	224
Janina Stankiewicz, Hanna Bortnowska: Coaching jako narzędzie wspomagające realizację procesu restrukturyzacji zatrudnienia w przedsiębiorstwie.....	233
Monika Stelmaszczyk: Coaching narzędziem wspomagającym dzielenie się wiedzą ukrytą w organizacji.....	245
Jagoda Stompór-Świdarska: Psychospołeczne uwarunkowania decyzji menedżerskich w organizacjach.....	252
Justyna Trippner-Hrabi, Ewa Strońska: Analiza wykorzystania zarządzania wiedzą przez instytucje rynku pracy – implikacje praktyczne.....	261

Część III. Organizacyjne uczenie się w praktyce zarządzania

Katarzyna Bachnik: Strategia obecności przedsiębiorstw w przestrzeni internetowej w trudnych sytuacjach – przykłady.....	277
Katarzyna Bigosińska: Globalizacja innowacji i nowy wymiar transferu technologii.....	287
Justyna Cyga: Organizacyjne uczenie się w praktyce zarządzania na przykładzie firmy Impel Business Solutions Sp. z o.o.	299
Sylwia Flaszewska, Agnieszka Zakrzewska-Bielawska: Organizacyjne uczenie się jako atrybut przedsiębiorstw sektora high-tech.....	311
Agnieszka Jędrzyak: Proces innowacji jako proces ciągłego uczenia się na przykładzie przedsiębiorstwa branży tartacznej.....	321
Szymon Jopkiewicz, Artur Borcuch: E-zdrowie jako wymiar procesu uczenia się organizacji sektora zdrowia w interakcjach usługowych.....	329
Marta Kadlubek, Tomasz Lis: Innowacyjność organizacji w aspekcie logistycznej obsługi klienta.....	340

Jarosław Karpacz, Klaudia Pilch: Rola rutyn operacyjnych w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa	349
Stefan Lachiewicz: Słabe ogniwa w procesie przedsiębiorczości technologicznej.....	357
Joanna Łuczak: Polska Policja jako publiczna organizacja ucząca się.....	366
Tomasz Malkus: Proces uczenia się we współpracy z dostawcą usług logistycznych	377
Małgorzata Matyja: Rolnicze spółdzielnie produkcyjne jako organizacje (nie)uczące się. Raport z badań	388
Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Doskonalenie procesu doboru dostawcy jako przejaw uczenia się organizacji	397
Joanna Olkowicz: Spółdzielcza kasa oszczędnościowo-kredytowa jako organizacja ucząca się na przykładzie Kasy Stefczyka – cechy i rozwiązania	411
Estera Piwoni-Krzyszowska: Zarządzanie wartością relacji przedsiębiorstwa z rynkowymi interesariuszami – aspekt organizacyjnego uczenia się na przykładzie „Społem” PSS w Lubaniu.....	421
Andrzej Pomykański, Przemysław Pomykański: Interakcyjne zarządzanie wiedzą a innowacyjność regionu łódzkiego	432
Katarzyna Szymańska: Proces uczenia się determinantą zmian kultury organizacyjnej urzędu administracji publicznej.....	441
Anna Walecka: Ku organizacji uczącej się (na przykładzie przedsiębiorstwa Tomadex s.c. Tomasz Szulc, Adam Czajka).....	450
Kamil Zięba: Audyt drugiej strony jako narzędzie międzyorganizacyjnego uczenia się. Studia przypadku	460
Łukasz Żabski: Asymetria informacji w nadzorze właścicielskim na przykładzie Ministerstwa Skarbu Państwa i podległych spółek	469

Summaries

Part I. System aspect of organizational learning

Barbara Olszewska: Theoretical trends dominating in the issues of organization learning.....	31
Maciej Czarnecki: Exploration and exploitation: organizational learning dilemmas.....	42
Bogusław Hajdasz: The management of an enterprise's learning process in the network	55

Kazimierz Jaremczuk: Delegation of entitlements as a premise of a learning organization	64
Tadeusz Kowalewski: Lifelong learning in the process of change – from learning to intelligent organization	73
Adrianna Lewandowska: The process of organizational learning in the concept of double loop of strategic scorecard of family business	82
Katarzyna Olejczyk-Kita: Learning organization – aspect of resources	90
Aleksandra Rudawska: Multidimensional perspective of organizational learning vs. organizational changes	102
Oksana Seroka-Stolka, Tomasz Nitkiewicz, Anna Brzozowska: Role of ecological knowledge in proactive business development	112
Jan Skalik: Creativity in a learning enterprise	122
Ewa Stańczyk-Hugiet, Mateusz Strychalski: Inter-organizational relationships and knowledge asymmetry.....	131
Anna Starosta: Attitudes towards crisis management in the context of organizational learning.....	141
Anna Wójcik-Karpacz: Knowledge-sharing routines as sources of inter-organizational competitive advantage	150
Bogusława Ziółkowska, Piotr Tomski: The identification of the outcome of inter-organizational learning in the enterprise management in network environment.....	162

Part II. Psychosocial determinants of organizational learning

Monika Chodorek: Talent management in the company's learning process..	174
Agnieszka Fornalczyk: Coaching in organization – managers dispositional determinants of learning.....	183
Bartłomiej J. Gabryś: Selected dilemmas concerning learning and knowledge from narrative perspective	192
Aldona Glińska-Noweś, Rafał Haffer: The importance of employees' interpersonal relationships for organizational learning.....	202
Barbara Józefowicz: Trust as a determinant of enterprises' organizational learning	212
Katarzyna Piórkowska: Determinants of managerial learning	223
Magdalena Rajchelt: Manager's roles in learning organization.....	232
Janina Stankiewicz, Hanna Bortnowska: Coaching as a tool supporting the process of employment restructuring in a company	244
Monika Stelmaszczyk: Coaching as a tool supporting sharing of tacit knowledge in an organization	251
Jagoda Stompór-Świdorska: Psychosocial conditioning of managerial decisions in organizations.....	260

Justyna Trippner-Hrabi, Ewa Stroińska: The analysis of knowledge management use by the labour market institutions – practical implementation	273
---	-----

Part III. Organizational learning in management practice

Katarzyna Bachnik: Strategy for the presence of companies in the area of Internet in difficult situations – examples	286
Katarzyna Bigosińska: Globalization of innovation and a new dimension in technology transfer	298
Justyna Cyga: Organizational learning in management practice on the example of the Impel Business Solutions Ltd.....	310
Sylwia Flaszewska, Agnieszka Zakrzewska-Bielawska: Organizational learning as an attribute of high-tech companies	320
Agnieszka Jędrysiak: Innovation process as a process of continuous learning. An example of a sawmill company	328
Szymon Jopkiewicz, Artur Borcuch: E-health as a dimension of organizational learning process of health sector in service interactions....	339
Marta Kadlubek, Tomasz Lis: Organization’s innovativeness in the aspect of logistic customer service	348
Jarosław Karpacz, Klaudia Pilch: The role of operational routines in the functioning of a company	356
Stefan Lachiewicz: Weak links in the process of technological entrepreneurship	365
Joanna Łuczak: Polish police as a learning organization	376
Tomasz Malkus: Learning process in cooperation with logistics service provider	387
Małgorzata Matyja: Agricultural productive cooperatives as non-learning organizations. Research report	396
Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Improvement of the supplier selection process as a sign of organizational learning	410
Joanna Olkowicz: Cooperative credit union as a learning organization on the example of Stefczyk Union – features and solutions	420
Estera Piwoni-Krzeszowska: The management of the value of a company’s relationship with market stakeholders – aspect of organizational learning on the example of “Społem” PSS in Lubań.....	431
Andrzej Pomykalski, Przemysław Pomykalski: Interactive knowledge management vs. innovativeness of Łodzki region	440
Katarzyna Szymańska: Learning process as a organizational culture change determinant of public administration institution.....	449

Anna Walecka: Towards a learning organization (on the example of Tomadex s.c. Tomasz Szulc, Adam Czajka company)	459
Kamil Zięba: Second-party audit as a tool for inter-organizational learning of enterprises. Case study.....	468
Łukasz Żabski: Information asymmetry in corporate governance on the example of the Ministry of Treasury and its subsidiary companies	479

Szymon Jopkiewicz, Artur Borcuch

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

E-ZDROWIE JAKO WYMIAR PROCESU UCZENIA SIĘ ORGANIZACJI SEKTORA ZDROWIA W INTERAKCJACH USŁUGOWYCH

Streszczenie: W artykule przedstawiono teoretyczne rozważania na temat elektronicznego zdrowia (e-zdrowia, m-zdrowia) i interakcji, jaką tworzy ono w relacji pacjent–lekarz opartej na procesie wymiany wiedzy i wzajemnego uczenia się. W konkluzji zaproponowano usprawniony model relacji między technologiami e-zdrowia a zaangażowaniem pacjenta w politykę e-zdrowia i przepływ wiedzy. Autorzy koncentrują się na mikroskali podejmowanych działań w obszarze opieki zdrowotnej, wskazując możliwości rozwoju omawianego zjawiska w usprawnianiu procesu usługowego oraz obniżaniu kosztów obsługi jednostkowej pacjenta. Świadomość istotności podejmowanych zmian zależeć jednak będzie od stopnia implementacji nowych technologii oraz wiedzy co do jej znaczenia i zastosowania w środowisku profesjonalistów medycznych i pacjentów – beneficjentów systemu.

Słowa kluczowe: e-zdrowie, m-zdrowie, wiedza, uczenie się, technologie ICT.

1. Wstęp

Wpływ nowoczesnych technologii na system opieki zdrowotnej w ostatnich latach przybiera na znaczeniu. Sektor zdrowia w Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, podlega ciągłym zmianom, choć nie są one dostatecznie widoczne dla ogółu społeczeństwa. Rozpatrując interakcję usługową, jaką jest podstawowe świadczenie zdrowotne, można dostrzec, że niewiele w tym względzie się zmieniło.

Rozwój technologiczny jest szansą na poprawę przepływu informacji o stanie zdrowia pomiędzy lekarzem a pacjentem. Ponadto umożliwia zdobywanie wiedzy, przez co stanowi istotny wymiar procesu uczenia się organizacji w interakcji usługowej, choć budzić może wątpliwość: czy kohezja technologii ze zdrowiem nie jest zastrzeżona tylko dla wąskiej grupy klientów-pacjentów.

2. Rozwój technologiczny a zdrowie – rola przepływu informacji w procesie interakcyjnego uczenia się

Rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT – *Information and Communications Technology*) zmienił (i z każdym rokiem zmienia) praktycznie każdy aspekt życia społecznego [Rattle 2010, s. 1], poczynając od dokonywanych transakcji biznesowych, codziennej rutyny, stylu życia, na polityce czy ekonomii kończąc. W związku z tym na uwagę zasługują aspekty: e-gospodarki, e-demokracji, e-edukacji, e-handlu, e-biznesu, e-bankowości, e-podatków oraz e-zdrowia [Çılan, Bolat, Coşkun 2009, s. 98].

Zmiany, jakie niesie ze sobą rewolucja ICT oraz globalizacja, wywołują dyskusję w obszarach związanych ze zdrowiem i przepływem informacji, umożliwiającą proces uczenia się organizacji i społeczeństw, na temat:

- Zmian demograficznych w państwach rozwiniętych i rozwijających się. Obecnie na świecie żyje ok. 7 mld ludzi [Social, Digital and Mobile Worldwide... 2012, s. 2]. Szacunki Organizacji Narodów Zjednoczonych wskazują jednak, że do roku 2053 na Ziemi będzie żyło ponad 9 mld ludzi. Stanie się to za sprawą postępującej poprawy jakości świadczonej opieki medycznej, a ściślej rozwoju technologicznego w tym obszarze, efektywniejszego zwalczania chorób czy globalnego rozwoju gospodarczego [Friedman 2008, s. 27-28].
- Coraz wyższych obciążeń budżetów państw kosztami usług opieki zdrowotnej¹, będących wyzwaniem nawet dla najbogatszych krajów świata [Roper i in. 2011, s. 11].

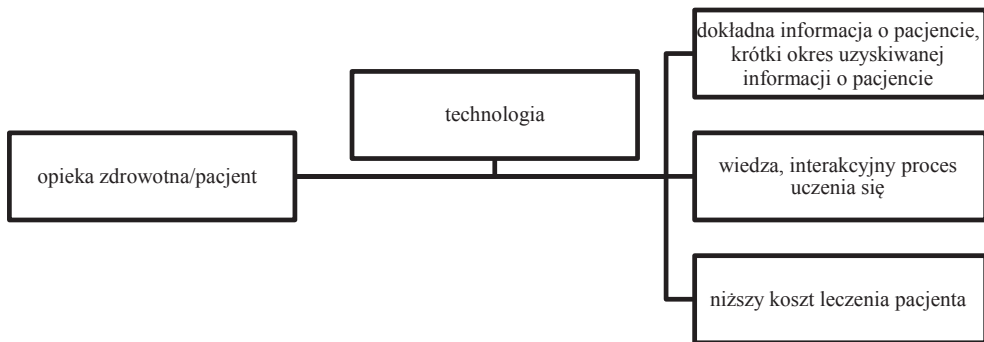
Technologia ICT stanowić może element usprawnienia i obniżenia wydatków na systemy opieki zdrowotnej, dużo jednak zależeć będzie od stopnia jej implementacji i kosztów, jakie ponieść mogą interesariusze relacji usługowej. Wyróżnia się trzy poziomy usług ICT służące komunikacji i wymianie wiedzy:

1. łącza i sieci: email, infrastruktura telekomunikacyjna, kable, satelity;
2. informacja i komunikacja publiczna: informacja rządowa, istotne informacje dla wspólnoty, publiczne sieci szerokopasmowe;
3. informacja i komunikacja związana z opieką zdrowotną [von Dijk 2006, s. 254-255].

Zwracając uwagę na opiekę zdrowotną wskazuje się, że ważnym argumentem zastosowania nowoczesnych technologii w tym segmencie jest uzyskiwanie dokładnej informacji o pacjencie, wymiana wiedzy, edukacja pacjentów, a zatem proces uczenia się organizacji w interakcji z otoczeniem. Ponadto zastosowanie technologii ICT umożliwi obniżenie kosztów usług medycznych. Niniejszą kwestię należy uznać za szczególnie istotną [Andreassen 2012, s. 89] w odniesieniu do polskiego

¹ W Europie od lat 60. XX wieku wydatki na ochronę zdrowia rosły w większym tempie niż PKB w większości krajów członkowskich Unii Europejskiej. W większości krajów UE wzrosły średnio z 3,1% w 1960 roku do 8,8% w 2006 [eHealth for a Healthier Europe!... 2009, s. 7].

systemu opieki zdrowotnej, w którym obserwowany jest stały wzrost kosztów jednostkowej obsługi pacjenta, związanej z niską refundacją z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), w stosunku do stale wzrastającej liczby coraz dłużej żyjących emerytów i rencistów – głównych beneficjentów systemu. Dlatego zasadne jest poszukiwanie sposobów zredukowania choćby części kosztów generowanych przez system opieki zdrowotnej. Uzyskiwanie pełnej i szybkiej informacji o pacjencie, wymianę wiedzy – interakcyjny proces uczenia się poprzez zastosowanie technologii informatycznych obrazuje rysunek 1.



Rys. 1. Cele zastosowania nowych technologii w sferze opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Andreassen 2012, s. 89].

W związku z tym należy szukać odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób można przedstawić wpływ technologii cyfrowej na człowieka w kontekście opieki zdrowotnej? Jednym z przykładów jest oferta amerykańskiej firmy medycznej AliveCor, która w 2011 roku wprowadziła specjalną aplikację instalowaną w aparatach telefonicznych marki iPhone. Aplikacja ta posiada funkcję elektrokardiogramu, który monitoruje bicie serca i puls za pomocą przyklejonych do ciała pacjenta elektrod. Urządzenie (smartfon) może przysyłać dane z każdego miejsca, o każdej porze, do upoważnionego lekarza lub zapisuje i przechowuje dane w pamięci [Kare-Silver de 2011, s. 85].

Można więc sądzić, że zastosowanie smartfonów w obszarze opieki zdrowotnej powinno rozwijać się w następujących kierunkach:

- zdolność do pozyskiwania danych na temat własnego ciała,
- zdalny dostęp do opieki oraz pomocy medycznej,
- posiadanie 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu dostępu do danych na temat własnego stanu zdrowia dostępnych w całym systemie opieki,
- zdolność uzyskania porady z pominięciem umawiania się na 10-minutowe spotkanie,
- ułatwienie uzyskania natychmiastowej diagnozy,

- lepsze monitorowanie i regulowanie dyscypliny związanej z lekami (jakie preparaty działają, a jakie nie, kiedy zwiększyć dawkę, a kiedy medykamenty są niepotrzebne) [Kare-Silver de 2011, s. 85].

Kolejnym przejawem wykorzystania cyfrowej technologii w opiece medycznej jest coraz bardziej rozpowszechniona w krajach wysoko rozwiniętych idea społeczeństwa biometrycznego, będąca alternatywą dla koncepcji społeczeństwa opartego na wbudowanych chipach. W społeczeństwie biometrycznym usługi medyczne będą zarządzane w sposób efektywny bez drogich (w wymiarze kosztowym), a przy tym podatnych na utratę „papierowych” kart zdrowia. Po identyfikacji biometrycznej pacjent będzie mógł sprawdzić stan swojego zdrowia wszędzie i o każdej porze. W sytuacji np. wypadku samochodowego osoby wykonujące akcję ratunkową będą miały bezpośredni dostęp do danych o stanie zdrowia, grupie krwi, systemie immunologicznym i ewentualnych alergiach. Oczywiście takie działanie będzie możliwe przy wsparciu mobilnych (elektronicznych) systemów identyfikacji biometrycznej. W przypadku śmierci będzie możliwa natychmiastowa identyfikacja biometryczna [Bromba 2009, s. 98].

Powyższe obszary otwierają perspektywę usprawnienia przepływu informacji, wyzwalając proces uczenia się, którego beneficjentem staje się placówka sektora zdrowia uzyskująca aktualną wiedzę i możliwość reakcji, co wymiennie wspomaga proces leczenia, ponadto umożliwiają zaangażowanie pacjenta w świadome budowanie wiedzy o swoim stanie zdrowia.

3. Sfera współczesna: relacje pomiędzy e-zdrowiem oraz m-zdrowiem jako wymiar procesu uczenia się organizacji w interakcji z otoczeniem

Internet jest obecnie postrzegany jako jedno z podstawowych miejsc pozyskiwania informacji o zdrowiu i wszystkich aspektach z nim związanych [Henriques, Sador-sky 2005, s. 43]. Internauci zazwyczaj poszukują informacji lub porad w zakresie objawów choroby oraz jej leczenia. Narzędzie to pozwala pacjentom na: wzajemne komunikowanie się oraz wymianę doświadczeń, odbywanie konsultacji z lekarzem w formie on-line oraz na zamawianie lekarstw w aptece [Al-Ghamdi, Moussa 2012, s. 364].

Zastosowanie Internetu w obszarze opieki zdrowotnej upoważnia do eksplikacji pojęcia e-zdrowia. Jednym z pierwszych, który podjął się tej próby, był G. Eysenbach. W 2001 roku zaproponował on definicję e-zdrowia jako dziedziny dotyczącej usług, które mają na celu zachowanie zdrowia, i łączącej aspekty informatyki medycznej, zdrowia publicznego oraz działalności biznesowej [Duplaga 2010, s. 48]. Termin e-zdrowie dotyczy wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych do celów zdrowotnych, takich jak: opieka medyczna pacjenta, badania naukowe, edukacja, zwalczanie chorób oraz monitorowanie zdrowia publicznego. E-zdro-

wie obejmuje następujące usługi: zapisy elektroniczne o zdrowiu, telemedycynę, informatykę związaną ze zdrowiem konsumenta, zespoły wirtualne dotyczące opieki zdrowotnej. E-zdrowie odnosi się do szeroko rozumianych technologii. Elektroniczne zapisy dotyczące zdrowia danej osoby obejmują rozwiązania wykorzystujące strony WWW do komunikacji pacjent-lekarz oraz oprogramowanie do telefonów mobilnych określających stan funkcjonowania ciała określonego pacjenta, posiadające funkcję przechowywania informacji i przekazywania ich do specjalistów w zakresie zdrowia [Andreassen 2012, s. 88]. Konkludując, e-zdrowie to zastosowanie technologii ICT w sektorze opieki zdrowotnej [Pawar i in. 2012, s. 544]. Choć o e-zdrowiu mówi się w krótkiej perspektywie czasowej, to warto podkreślić jego ważne etapy rozwoju (zob. tabela 1)

Tabela 1. E-zdrowie w perspektywie historycznej

Rok	Rodzaj nośnika	e-zdrowie	m-zdrowie
1950	katalog papierowy	pierwsze próby zarządzania danymi pacjentów; projekty systemów informatyzacji pacjentów	
1960	katalog papierowy	pierwsze systemy zapisu danych o pacjentach; technicon – pierwszy system informacji o pacjencie	
1970	komputery	przetwarzanie danych o zdrowiu na masową skalę	
1980	osobiste komputery stacjonarne	informatyczne systemy zarządzania zdrowiem	
1990	komputery przenośne, internet, WWW		bezprowadowy dostęp do danych o zdrowiu
2000	telefonía komórkowa 2G, 3G	aplikacje oparte na stronach WWW w obszarze: administracji, szpitali, finansów, wspierania decyzji, systemów eksperckich;	e-recepty; mobilny monitoring stanu zdrowia; społeczności internetowe; automatyczne alarmy
2010	telefonía komórkowa 4G		personalizacja opieki zdrowotnej; urządzenie mobilne w domu monitorujące stan zdrowia pacjenta; wirtualne m-szpitale

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Pawar i in. 2012, s. 545].

E-zdrowie oznacza więc szerokie spektrum medycznych aplikacji informatycznych mających na celu ułatwienie zarządzania i oferowania wybranych usług opieki

zdrowotnej oraz wymianę wiedzy między placówkami, lekarzami specjalistami i pacjentami. Systemy e-zdrowia obejmują następujące obszary:

- informatyczne systemy klinik/szpitali, międzyorganizacyjne i wewnątrzorganizacyjne działania w zakresie relacji między instytucjami medycznymi (np. opieka podstawowa, dodatkowa opieka, apteki) oraz/i podmioty/organizacje wspierające ten sektor (przemysł ubezpieczeniowy, rząd);
- systemy, z których korzysta pacjent, a które nie są połączone on-line ze szpitalami czy przychodniami;
- integrację placówek opieki zdrowotnej z systemami zarządzającymi [Mettler, Eurich 2012, s. 78-79].

Biorąc pod uwagę postęp w medycynie i upowszechniające się wykorzystanie technologii cyfrowej w „obsłudze” coraz bardziej świadomego pacjenta, na szczególną uwagę zasługują systemy ciągłego monitorowania stanu zdrowia, wykorzystujące telefony typu smartfon. Obszar tych działań określany jest mianem m-zdrowia, stanowi on składowy element szerszego pojęcia e-zdrowie (zob. rys. 2).



Rys. 2. M-zdrowie jako element e-zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Pawar i in. 2012, s. 545].

M-zdrowie jest zatem obszarem wchodzącym w zakres e-zdrowia. Jak już powiedziano, m-zdrowie to zastosowanie urządzeń mobilnych do: ciągłego/okresowego zbierania danych zapisywanych w pamięci, monitorowania stanu zdrowia pacjenta. W związku z tym m-zdrowie staje się specyficzną platformą umożliwiającą przepływ informacji i gromadzenie aktualnej wiedzy o pacjentach i sposobach ich leczenia. W tym szczególnym przypadku aktualna wiedza jest nie tylko czynnikiem wyróżniającym efektywnego świadczeniodawcę (placówkę medyczną/lekarza), ale również kreatora nadrzędnej wartości, jaką jest ludzkie życie i zdrowie.

4. Model relacji zachodzących między technologiami e-zdrowia a zaangażowaniem pacjenta w politykę e-zdrowia oraz procesów uczenia się

Zaangażowanie konsumenta (*consumer involvement*) W.L. Wilkie definiuje jako „ilość wydatkowanej przez konsumenta energii na określoną aktywność związaną z nabywaniem i honorowaniem dóbr i usług” [Wilkie 1995, s. 164]. Zatem należy stwierdzić, że zaangażowanie jest procesem o podłożu motywacyjnym, gdyż pobudza ono pacjenta do działania i ukierunkowuje jego zachowania.

Najczęściej w literaturze wyróżnia się dwa stopnie zaangażowania: zaangażowanie duże i małe. Praktyka mówi jednak o kontinuum zaangażowania: od bardzo małego lub jego braku aż po bardzo duże. Wysoki stopień zaangażowania oznacza, że np. w czasie wyboru produktu (usługi) konsument wydatkuje stosunkowo dużo energii. Sytuacja taka ma miejsce wówczas, gdy konsumpcja produktu bądź usługi jest związana z istotnymi celami i wartościami jednostki. Im silniejszy jest ten związek, tym większy stopień zaangażowania [Wilkie 1995, s. 174], co jest szczególnie widoczne w przypadku konsumpcji usług zdrowotnych. Ponadto w odniesieniu do świadczeń medycznych stopień zaangażowania pacjenta odgrywa istotną rolę, ponieważ dotyczy stanu zdrowia pacjenta – klienta, który determinuje jego aktywność życiową i zawodową. Zatem angażuje się on w relację z lekarzem i jest skłonny obdarzyć go zaufaniem.

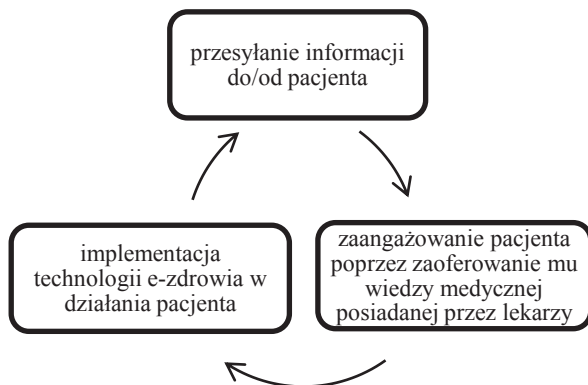
I. Rudawska proponuje, by na rynku usług zdrowotnych za fundament, na którym można zbudować trwałą, wartościową dla obu stron relację, uznać właśnie zaangażowanie [Rudawska 2004, s. 15].

Cechą charakterystyczną zaangażowania jest to, że jego poziom zmienia się w zależności od konkretnej sytuacji (rodzaju interakcji). Zwykle możliwość zakupu nowej usługi powoduje wzrost zaangażowania konsumentów, a tym samym powoduje modyfikację ich zachowań (klient jest bardziej aktywny, poszukuje nowych informacji, rozważnie ocenia możliwości wyboru innych usługodawców) [Furtak 2003, s. 175]. Jeżeli zatem placówka medyczna dostrzega wartość długookresowych relacji, to nie może ignorować znaczenia zaangażowania konsumenta-pacjenta na żadnym z możliwych etapów interakcji.

Wynika to w głównej mierze z faktu, że relacja pacjent–lekarz, inicjowana zaistnieniem stanu chorobowego pacjenta, jest determinowana asymetrią informacyjną. Asymetria w tego typu relacji opiera się na sile profesji medycznej (deontologii lekarskiej) oraz autorytecie (typu epistemicznego) i prestiżu lekarza. Powoduje ona, że lekarz (usługodawca) dysponuje wiedzą umożliwiającą ocenę stanu zdrowia i choroby pacjenta (usługobiorcy) [por. Rudawska 2005, s. 217-218]. W związku z tym dzięki zastosowaniu technologii ICT – uzyskiwanie bieżącej informacji o stanie zdrowia pacjenta daje możliwość szybkiego reagowania, a tym samym ułatwia proces leczenia. Pacjent zaś, uzyskując wiedzę o swoich dolegliwościach, wykazuje większe zaangażowanie i jest bardziej świadomym beneficjentem relacji usługowej.

Dlatego asymetria informacyjna, charakterystyczna dla sektora usług profesjonalnych, przestaje być tak odczuwalną barierą w procesie wymiany informacji i procesów uczenia się dwóch stron relacji usługowej.

Zastosowanie technologii ICT w obszarze opieki zdrowotnej wymaga stworzenia odpowiedniego modelu, który pomoże w sprawnej implementacji i realizacji odpowiednich działań w obszarze e-zdrowia. Na uwagę zasługuje zatem model relacji zachodzących między technologiami e-zdrowia a zaangażowaniem pacjenta w politykę e-zdrowia (zob. rys. 3).



Rys. 3. Model relacji między technologiami e-zdrowia a zaangażowaniem pacjenta w politykę e-zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Andreassen 2012, s. 89].

Powyższy model zwraca uwagę na kilka istotnych kwestii. Po pierwsze, wymagana jest odpowiednia technologia, która będzie łatwa do obsługi, niedroga i powszechnie dostępna dla pacjenta. Smartfony w tym względzie są idealnymi urządzeniami, choć wątpliwości budzi cena takiego urządzenia (iPhone w Polsce kosztuje od 2 do 4 tys. zł) oraz jego obsługa. Osoby starsze będą mieć duże problemy z obsługą takiego urządzenia. Pytanie zatem jest następujące: czy zaoferować proste w obsłudze urządzenie na rynku?

Technologia stosowana przez pacjenta wymaga podłączenia do odpowiedniego systemu. System ten może być off-line (urządzenie wyłącznie zbiera dane na temat pacjenta i ten podczas wizyty u lekarza kopiuje dane na komputer specjalisty) lub on-line (ciągłe monitorowanie stanu zdrowia pacjenta przez system, który w przypadku anomalii wywołuje alarm w odpowiedniej jednostce medycznej). Zatem informacja musi być przesyłana od pacjenta do „systemu” i dalej do właściwego lekarza i ponownie do pacjenta.

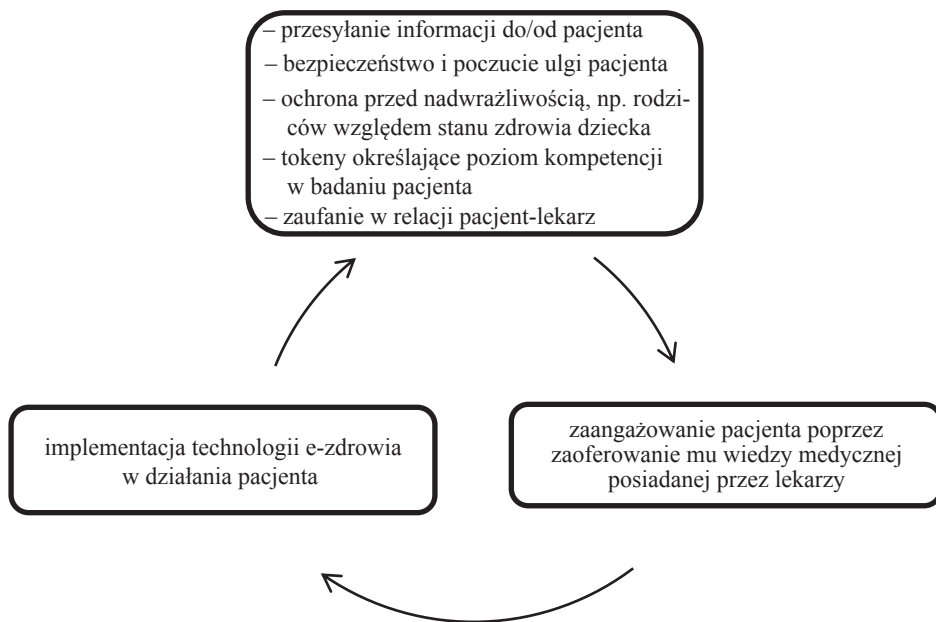
Zaangażowanie pacjenta poprzez zaoferowanie mu „wiedzy” medycznej posiadanej przez lekarzy oznacza, że pacjent uczy się na temat określonego schorzenia. Powstające w ten sposób więzi, oparte na wiedzy (sfera kognitywna), odnoszą się do

zbioru informacji o przebiegu choroby, jej uwarunkowaniach, towarzyszących schorzeniach, które stają się nie tylko zasobem lekarza. Ponadto należy podkreślić, że gros interakcji usługodawca–pacjent związanych jest z intymną sferą życia człowieka. Autentyczne związki powstałe na tej płaszczyźnie stanowią dla pacjenta ważną barierę wyjścia, która intensyfikuje zaangażowanie, a w konsekwencji zaufanie [Rudawska 2006, s. 155]. To działanie ma istotny wymiar. Należy bowiem pamiętać, że często lekarze podczas kilkuminutowych porad, np. w przychodni, zdawkowo informują pacjenta o diagnozie i przepisują określone lekarstwa. Zaangażowanie pacjenta w tym względzie oznacza, że ten czuje się bardziej świadomy swoich dolegliwości.

5. Podsumowanie

Przedstawiony model (rys. 3) niesie ze sobą jednak szereg pytań i kontrowersji. Pacjent może odczuwać rezerwę wobec „bezdusznej” maszyny, która przecież może się popsuć. Kontakt z lekarzem jest zatem nieoceniony. A co z osobami, którym wydaje się, że wiedzą wszystko lepiej od lekarza, czy tymi, które są kompetentne w zakresie podstawowych usług medycznych.

Warto zatem zastanowić się nad niniejszymi kwestiami. W związku z tym należałoby zmodyfikować zaprezentowany model, jak na rysunku 4.



Rys. 4. Zmodyfikowany model relacji między technologiami e-zdrowia a zaangażowaniem pacjenta w politykę e-zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Zmodyfikowany model prezentujący relację między technologią e-zdrowia a zaangażowaniem pacjenta w politykę e-zdrowia uszczegóławia aspekt przesyłania informacji do/od pacjenta. Jak już wspomniano, pacjent może się czuć niepewnie w sytuacji „usieciowienia” za pomocą mobilnego urządzenia, które przecież w każdym momencie może przestać działać właściwie. Jednocześnie na uwagę zasługuje poczucie bezpieczeństwa z powodu podłączenia do systemu monitorującego stan zdrowia, co powoduje, że pacjent odczuwa ulgę. Nie musi przebywać np. w szpitalu, lecz może być w domu.

Drugi element to ochrona przed nadwrażliwością. Rodzice często wykazują nadmierną obawę o stan zdrowia dziecka. Wysyłają maile z pytaniami do lekarza będącego na dyżurze. System komputerowy stanowi niejako ochronę lekarza przed takimi rodzicami.

Następny element dotyczy urządzenia token, które będzie certyfikatem kompetencji w samodzielnym badaniu. Lekarz może przecież prowadzić prywatną praktykę. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby wybrane porady świadczył za pomocą Facebooka, Skype’a czy Gadu-Gadu. Token zatem potwierdza jego profesjonalizm.

Ostatnią kwestią, na którą zwracamy uwagę, jest zaangażowanie i zaufanie. Można sądzić, iż zastosowanie elektronicznej komunikacji pomoże w efektywniejszym przepływie informacji, tworząc nowe kompetencje w zakresie wiedzy po stronie pacjenta oraz świadczeniodawcy. Umożliwi tym samym wzrost poziomu zaufania i zaangażowania w relacji pacjent–lekarz, co z perspektywy polskiego sektora ochrony zdrowia, a zwłaszcza jego złej oceny przez opinię publiczną, wydaje się nie do przecenienia.

Patrząc z perspektywy długofalowej, zastosowanie technologii ICT stwarza szanse obniżenia kosztów obsługi jednostkowej pacjenta, co w skali całego systemu, jego problemów finansowych, wydaje się bardzo istotne. Ponadto stanowi swoistą platformę dla interakcyjnego uczenia się pacjentów i lekarzy, z jednej strony budując wiedzę o stanie zdrowia u pacjenta, a z drugiej wzbogacając wiedzę i doświadczenie lekarzy w pracy m.in. z indywidualnym przypadkiem, nowo wprowadzoną terapią czy leczeniem spersonalizowanym. Działania te wymagać jednak muszą wymiany informacji, a zatem procesu uczenia się, którego stronami winny być jednocześnie środowiska lekarzy i pacjentów.

Literatura

- Al-Ghamdi K.M., Moussa N.A., *Internet use by the public to search for health-related information*, „International Journal of Medical Informatics” 2012, Vol. 81, Issue 6.
- Andreassen H., *ICT and patient roles; contradictions in e-health policy*, „Health Policy and Technology” 2012, Vol. 1, Issue 2.
- Bromba M.U.A., *The Biometric Society – Risks and Opportunities*, [w:] *Identity, Security and Democracy. The Wider Social and Ethical Implications of Automated Systems for Human Identification*, red. E. Mordini, M. Green, IOS Press, Amsterdam – Berlin – Oxford – Tokyo – Washington 2009.

- Çilan C.A., Bolat B.A., Coşkun E., *Analyzing Digital divide within and between member and candidate countries of European Union*, „Government Information Quarterly”, 2009, 26.
- Dijk von J., *The Network Society. Social Aspects of New Media*, Sage Publications, London – Thousand Oaks – New Delhi 2006.
- Duplaga M., *Znaczenie technologii e-zdrowia w rozwoju innowacyjnego modelu świadczenia usług w ochronie zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, Vol. 2.
- eHealth for a Healthier Europe! – opportunities for a better use of healthcare resources*, Raport The Ministry of Health and Social Affairs in Sweden, Gartner, 2009.
- Friedman T.L., *Hot, Flat and Crowded. Why We Need a Green Revolution – And How It Can Renew America*, Farrar, Stratus and Giroux, New York 2008.
- Furtak R., *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa 2003.
- Henriques I., Sadorsky P., *Risk Investment in the Global Telecommunications Industry*, [w:] *Global Economy: Impacts, Influences, and Challenges*, red. H.S. Kehal, V.P. Singh, Idea Group Publishing, Hershey, London – Melbourne – Singapore 2005.
- Kare-Silver de, M., *E-shock 2020. How the Digital Technology Revolution Is Changing Business and All Our Lives*, Palgrave Macmillan, London 2011.
- Mettler T., Eurich M., *A „design-pattern” – based approach for analyzing e-health business models*, „Health Policy and Technology” 2012, Vol. 1, Issue 2.
- Pawar P., Jones V., van Beijnum F., Hermenes H., *A framework for the comparison of mobile patient monitoring systems*, „Journal of Biomedical Informatics” 2012, Vol. 45, Issue 3.
- Rattle R., *Computing Our Way to Paradise? The Role of Internet and Communication Technologies in Sustainable Consumption and Globalization*, Altamira Press, Lanham – New York – Toronto – Plymouth 2010.
- Roper A.T., Cunningham S.W., Porter A.L., Mason T.W., Rossini F.A., Banks J., *Forecasting and Management of Technology*, John Wiley & Sons, Hoboken 2011.
- Rudawska I., *Ekonomizacja relacji pacjent – usługodawca w opiece zdrowotnej*, Wyd. USz, Szczecin 2006.
- Rudawska I., *Kształtowanie zaangażowania w relacjach usługowych (na przykładzie rynku usług zdrowotnych)*, „Marketing i Rynek”, 2004, 3.
- Rudawska I., *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej*, Wyd. USz, Szczecin 2005.
- Social, Digital and Mobile Worldwide. The Key Numbers for Each Region Around the Globe*, „We Are Social”, January 2012.
- Wilkie W.L., *Customer Behavior*, „Journal of Services Marketing” 1995, Vol. 9, No. 1.

E-HEALTH AS A DIMENSION OF ORGANIZATIONAL LEARNING PROCESS OF HEALTH SECTOR IN SERVICE INTERACTIONS

Summary: This article presents a theoretical discussion of electronic health (e-health, m-health) and interaction that creates a relationship patient – doctor based on the process of knowledge sharing and mutual learning. In conclusion, improved model of relations between e-health technologies and the involvement of the patient in e-health policy and the flow of knowledge is proposed. The authors focus on the micro-scale activities undertaken in the area of health care, indicating the possibility of development of this phenomenon in the process of improving service and reducing the cost of operating an individual patient. However, the awareness of the significance of the changes will depend on the degree of implementation of new technologies and knowledge as to its importance and application in the environment of medical professionals and patients-beneficiaries of the system.

Keywords: e-health, m-health, knowledge, learning, ICT.