

Normalizacja teleporad z perspektywy pacjentów w podłużnych badaniach jakościowych

Piotr Binder

 <https://orcid.org/0000-0001-8081-5274>
Instytut Filozofii i Socjologii PAN

 <https://doi.org/10.18778/8331-979-7.08>

Streszczenie

W niniejszym rozdziale analizowany jest proces popularyzacji teleporad jako formy zdalnych konsultacji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem przebiegu adaptacji do nich oraz ograniczeń ich stabilnego osadzenia w praktykach pacjentów. Analiza opiera się na podłużnych badaniach jakościowych prowadzonych w trzech falach w latach 2020–2022, obejmujących wywiady z młodymi dorosłymi, rodzicami małych dzieci oraz seniorami (n = 356). Na tej podstawie rekonstruowana jest zmieniająca się percepcja teleporad oraz argumentacja i doświadczenia, poprzez które pacjenci oceniają zdalne formy kontaktów medycznych. Ramy interpretacyjne wyznacza teoria procesu normalizacji, umożliwiającą analizę przejścia od skokowego „uzdalnienia” podstawowej opieki zdrowotnej w początkowym okresie pandemii do stopniowego wyhamowania i odwrócenia tego zjawiska w kolejnych fazach. Wyniki wskazują, że teleporady, mimo szybkiego ich upowszechnienia i postępującego rozwoju narzędzi e-zdrowia, zostały włączone w relację pacjent–lekarz w sposób selektywny i warunkowy. Postrzegane są one przede wszystkim jako uzupełnienie bezpośrednich interakcji, a nie jako ich pełnoprawny substytut. Pozytywna ocena dotychczasowych doświadczeń sprzyja wykorzystywaniu teleporad w określonych sytuacjach, jednak stopień ich utrwalenia pozostaje ograniczony i silnie zależny od kontekstu zdrowotnego oraz wcześniejszych kontaktów z publicznym systemem ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe:

pacjenci, podłużne badania jakościowe, teleporady, teoria procesu normalizacji, zdalne konsultacje.

Normalization of Teleconsultations from Patients' Perspectives: A Qualitative Longitudinal Study

Abstract

This chapter explores the popularization of teleconsultations as a form of remote medical care within Poland's public healthcare system. It highlights how these practices have been adapted and the challenges faced in making them a stable part of patients' everyday routines. The analysis is based on qualitative longitudinal research conducted across three waves between 2020 and 2022, including interviews with young adults, parents of young children, and seniors (n = 356). The chapter reconstructs how perceptions of teleconsultations have evolved, examining the arguments and experiences that influence patients' evaluations of remote medical interactions. The interpretive framework is based on normalization process theory, which enables analysis of the shift from the rapid expansion of remote-capable primary healthcare practices during the early phase of the pandemic to the subsequent slowdown and reversal of this trend in later stages. The findings reveal that, despite the swift expansion of teleconsultations and the ongoing development of e-health tools, these consultations have been selectively and conditionally integrated into the patient-physician relationship. They are primarily viewed as a complement to in-person interactions, rather than as a complete replacement. Positive evaluations of past teleconsultations encourage their use in specific situations. However, the degree to which these practices become established is limited and is strongly influenced by health-related contexts and previous interactions with the public healthcare system.

Keywords:

normalization process theory, patients, qualitative longitudinal research, remote consultations, teleconsultations.

WPROWADZENIE

Zdalne usługi medyczne, których ważną część stanowią teleporady, to złożona sfera podlegająca dynamicznym zmianom zainicjowanym na długo przed rokiem 2020. Chociaż również w Polsce takie usługi były rozwijane jeszcze przed pandemią, to możliwość korzystania z nich była początkowo ograniczona głównie do sektora prywatnego (OECD, 2023b). Sytuacja uległa diametralnej zmianie w początkach 2020 r., kiedy doszło do skokowego wzrostu „uzdalnienia” ochrony zdrowia przez zwiększenie dostępności świadczeń udzielanych na odległość za pośrednictwem środków łączności, a konsultacje medyczne w trybie teleporad zdominowały podstawową opiekę medyczną (NFZ, 2020). Choć szereg badań wskazuje na ogólnie pozytywny stosunek pacjentów do tej formy kontaktu z lekarzem (OECD, 2023b; Shaver, 2022), to poczynając od pierwszej fali pandemii zainteresowanie nimi systematycznie spadało (GUS, 2024). Skłaniało to do refleksji nad procesem implementacji tego rozwiązania. Jest to istotne, bowiem właśnie ze zintensyfikowaniem kontaktów zdalnych oraz postępowaniem w cyfryzacji opieki zdrowotnej wiązane są nadzieje na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia oraz szanse na niwelowanie nierówności w dostępie do usług medycznych (OECD, 2023a; 2023b).

W niniejszym artykule została dokonana analiza zjawiska popularyzacji teleporad w publicznym systemie ochrony zdrowia przez pryzmat teorii procesu normalizacji (*normalization proces theory*) (May, 2013; May, Finch, 2009). Uwaga została w nim skupiona na dwóch kwestiach: (1) na przebiegu procesu adaptacji do zmian w korzystaniu ze świadczeń z zakresu ochrony zdrowia w okresie pandemii; (2) na percepcji teleporad w doświadczeniach trzech kategorii badanych, tj. młodych dorosłych, rodziców małych dzieci oraz seniorów w wieku 65 lat i więcej. Tekst stanowi wkład do literatury przedmiotu, bowiem sfera społecznych implikacji zmian w ochronie zdrowia jest rzadko eksplorowana na gruncie polskich nauk społecznych, z kolei w badaniach skoncentrowanych na teleporadach relatywnie rzadko dokonywana jest analiza z punktu widzenia pacjentów (por. Gibson i in., 2016). Ponadto przedstawione wnioski opracowano na podstawie danych zgromadzonych w ramach podłużnego badania jakościowego, co pozwoliło na prześledzenie procesu wdrażania teleporad przez trzy lata, a nie wyłącznie jego efekty.

POPULARYZACJA TELEPORAD W LITERATURZE PRZEDMIOTU

Termin „telemedycyna” zaczął pojawiać się w literaturze w latach 70. XX w. i obejmuje wszelkie zastosowania technologii telekomunikacyjnych w medycynie (Taha i in., 2021). Z kolei „teleporady” są pojęciem węższym i odnoszą się do zdalnych

konsultacji lekarskich, najczęściej przeprowadzanych telefonicznie lub jako wideokonferencje z wykorzystaniem platform online (OECD, 2023b). Należy przy tym odróżnić telefoniczny kontakt z lekarzem, mający charakter konsultacji medycznych (teleporady) od kontaktów o charakterze administracyjnym (jak np. rejestracja wizyty), obsługiwanych w całości przez personel wspierający (Hallam, 1989). Tylko w nielicznych krajach (jak np. USA, Szwecja czy Dania) teleporady były rozwijane już pod koniec XX w. (Hallam, 1989, 1993; Marklund, Bengtsson, 1989). W opinii pacjentów badania te były cenionym rozwiązaniem w kontaktach medycznych i pożądaną alternatywą dla wizyt w gabinetach, wpływającą pozytywnie na poczucie większej dostępności opieki medycznej (por. Allen i in., 1988; Brown, Armstrong, 1995). W Polsce kontakty telemedyczne pomiędzy pacjentami i lekarzami zostały oficjalnie dopuszczone relatywnie późno, bo dopiero w 2016 r. (Duplaga, 2024). W publicznym systemie ochrony zdrowia do wybuchu pandemii były jednak wykorzystywane w bardzo ograniczonym zakresie, głównie w leczeniu specjalistycznym (OECD, 2023b). Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej wprowadzał je stopniowo sektor prywatny. Niewielkie wykorzystywanie systemów teleinformatycznych w kontaktach z pacjentami nie było związane z dostępnością technologii, na których opiera się telemedycyna. Podobnie jak w wielu krajach podstawową przeszkodą był brak podstawy prawnej i związana z tym niedostępność odpowiedniego systemu refundacji (Adams i in., 2021; Duplaga, 2024; por. May i in., 2011).

Pandemia koronawirusa wymusiła zmianę prawnych reguł świadczenia opieki zdrowotnej na całym świecie, ponieważ na pierwszy plan wysunęła się walka z jej skutkami (OECD, 2023b). W Polsce w celu przeciwdziałania transmisji wirusa ograniczono dostęp do wizyt osobistych u lekarza, a teleporady w krótkim czasie stały się powszechnie dostępne w publicznym systemie ochrony zdrowia (Barney i in., 2020; NFZ, 2020; OECD, 2023b). Skutkiem tego był skokowy wzrost ich stosowania, zwłaszcza w okresie pierwszego lockdownu w roku 2020 i związanych z nim licznych ograniczeń życia społeczno-gospodarczego. Okolicznością sprzyjającą „uzdalnieniu” ochrony zdrowia był fakt, iż pandemia zbiegła się z rozłożonym w czasie procesem stopniowego włączania do publicznego systemu usług z zakresu e-zdrowia. Należały do nich takie rozwiązania, jak Internetowe Konto Pacjenta (IKP), portal pacjent.gov.pl oraz e-zwolnienia udostępnione w roku 2018, e-recepty (2020), a także e-skierowania i aplikacja mobilna „moje IKP” (2021). Należy podkreślić, że prywatne placówki rozpoczęły wprowadzanie rozwiązań, takich jak portale pacjenta i aplikacje mobilne, blisko dekadę wcześniej i stopniowo udoskonalały je rozbudowując ich funkcjonalności. Z perspektywy pacjentów zakres zmian, których doświadczyli w krótkim czasie w połączeniu z okresową dominacją teleporad, był swoistą „terapią szokową” w ochronie zdrowia (por. Duplaga, 2023).

We wnioskach, jakie wyciągano z tych doświadczeń zarówno w Europie, jak i USA, podkreślano liczne korzyści płynące z szerszego zastosowania teleporad zarówno o charakterze medycznym (w diagnostyce, leczeniu oraz długoterminowej opiece), jak i systemowym (wygodny dostęp, redukcja barier geograficznych, mniejsze obciążenie infrastruktury medycznej) (Saigí-Rubió i in., 2022; Shaver, 2022). W opublikowanych badaniach wyraźnie podkreśla się również ogólną satysfakcję pacjentów z teleporad (NFZ, 2020; OECD, 2023b), wskazującą na jakość i efektywność tej formy kontaktu z pacjentem (Sołomacha i in., 2023). Uwagze badaczy nie umykały także ich słabsze strony, jak bariery w komunikacji zdalnej czy kwestie wyzwań systemowo-organizacyjnych (Chmielewska i in., 2023; Pogorzelska i in., 2023). Ponadto we współczesnych badaniach potwierdzenie znajdowało również klasyczne ustalenie, iż niezależnie od dostępnych rozwiązań część pacjentów wyraźnie preferuje wizyty osobiste (Lubomski i in., 2024). Z kolei zdecydowanie rzadziej podkreślano, zwłaszcza w badaniach ilościowych, złożoność zmian w relacji pacjent-lekarz wywoływanych przez wdrożenie teleporad (Wanat i in., 2022). Do wyjątków należały próby weryfikacji tego, jaki wpływ na satysfakcję z teleporad ma wpływający czas, kumulacja doświadczeń czy wreszcie zmieniający się szeroki kontekst ich wykorzystania, w tym zmniejszająca się rola pandemii.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć badania sugerujące, iż pozytywne postrzeganie teleporad wzrasta z częstością ich wykorzystania, co może mieć zastosowanie do pacjentów regularnie korzystających z tego rozwiązania (por. Sołomacha i in., 2023). Dotychczas nie dyskutowano jednak o fakcie, iż w miarę wpływu czasu popularność teleporad malała.

Tabela 1. Teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w latach 2020–2023

Lata	2020	2021	2022	2023
Porady lekarskie w POZ ogółem (w mln)	156,2	171,3	176,1	181,1
Teleporady w POZ (w mln)	58,6	48,6	22,5	17,1
Teleporady w POZ (w %)	36,4	28,4	13,4	9,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (2024).

Według badań NFZ w pierwszych miesiącach pandemii udział teleporad osiągnął rekordowy poziom ponad 80% konsultacji lekarskich (NFZ, 2020)¹. Dane GUS dla całego roku 2020 wskazywały znacznie niższy poziom, ale nadal ponad jedna trzecia konsultacji w podstawowej opiece zdrowotnej miała charakter zdalny, co świadczyło o rewolucyjnej zmianie w stosunku do okresu sprzed pandemii². Jednak w ciągu kolejnych trzech lat liczba teleporad systematycznie spadała, aby w roku 2023 osiągnąć poziom 9,5% porad lekarskich w podstawowej opiece lekarskiej, co jednocześnie odpowiadało ponad 17 mln konsultacji. Trend spadkowy był obserwowany również w innych krajach OECD, tym niemniej Polska poczynając od 2021 r. lokowała się wyraźnie poniżej średniej (2023a, 2024). Ogólnie pozytywna ocena teleporad oraz związane z nimi nadzieje na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia (OECD, 2023a, 2023b) nie przełożyła się ich wzrost liczebny. Topniejące zainteresowanie teleporadami skłania do refleksji na temat przebiegu procesu implementacji tego rozwiązania w świetle zgromadzonych danych jakościowych. Celem analiz było znalezienie odpowiedzi na pytanie, dlaczego, pomimo masowego stosowania, aprobaty pacjentów oraz licznych korzyści z nich wynikających, są coraz rzadziej wykorzystywane?

INSPIRACJE TEORETYCZNE

Główną inspirację teoretyczną przeprowadzonych analiz stanowi teoria procesu normalizacji (*normalization proces theory*, dalej TPN) (May, 2013; May, Finch, 2009). TPN jest teorią średniego zasięgu wywodzącą się z badań nad implementacją rozwiązań z zakresu telemedycyny i e-zdrowia, zwłaszcza w badaniach jakościowych (Gibson i in., 2016). Celem TPN jest lepsze zrozumienie, w jaki sposób praktyki materialne (nowe rozwiązania w ochronie zdrowia) w wyniku indywidualnej i zbiorowej pracy ludzi nad ich wdrożeniem utrwalają się w społeczeństwie do tego stopnia, że zaczyna się je uważać za normalny i oczywisty sposób pracy (McEvoy i in., 2014). Struktura TPN uwzględnia cztery mechanizmy (*agents*), tj.:

¹ W Polsce, podobnie jak w innych krajach, wiązało się to z zachętami finansowymi dla dostawców usług medycznych (OECD, 2023).

² Przywołane badania różniły się metodologią. Badanie NFZ przeprowadzono od 7 lipca do 1 sierpnia 2020 r. metodą ankiety telefonicznej dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej. Grupę badaną stanowiło ponad 15,4 tys. osób, głównie pacjentów, którzy skorzystali z teleporad i wyrazili zgodę na udział w wypełnieniu kwestionariusza. Badanie to nie miało charakteru reprezentatywnego (NFZ, 2020). Z kolei badanie GUS „Statystyka zdrowia i ochrony zdrowia” jest badaniem cyklicznym, realizowanym za pomocą formularzy statystycznych wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ramach środków publicznych. W latach 2020–2023 obejmowało ono od 24,5 do 26,7 tys. podmiotów, w tym przychodni, praktyk lekarskich i stomatologicznych. Jest to badanie pełne, które rejestruje wszystkie porady ambulatoryjne, a dane gromadzone są w cyklach rocznych (GUS, 2022).

nadawanie sensu nowym praktykom (*coherence*), zaangażowanie w nie (*cognitive participation*), działania osób i instytucji na rzecz tego, aby zmiana była możliwa (*collective action*) oraz ocenę skutków zastosowania nowej praktyki (*reflexive monitoring*). Jednocześnie twórcy tego podejścia podkreślają wagę dynamicznej interakcji powyższych mechanizmów z kontekstami, w których wdrożenie ma miejsce, wskazując na ich rolę w negocjowaniu procesów implementacji (May, 2013; May, Finch, 2009). Choć w założeniach TPN podkreśla potrzebę całościowych analiz systemów (*wholesystem-analysis*), to jest stosowana elastycznie, a wiele badań obejmuje perspektywę częściową, głównie pracowników medycznych. Prezentowane tu analizy koncentrują się na rzadziej uwzględnianej w badaniach inspirowanych NPT perspektywie pacjentów, od których również zależy powodzenie wdrażania nowych rozwiązań (McEvoy i in., 2014).

METODOLOGIA

Dane zgromadzono w ramach podłużnego badania jakościowego (Neale, 2019; Saldaña, 2003). W trakcie badania trzykrotnie, w rocznych odstępach, przeprowadzono z tymi samymi uczestnikami 356 wywiadów: 150 w 2020 r., 116 w 2021 r. oraz 100 w 2022 r.³ Dobór badanych miał charakter celowy i uwzględniał cztery kryteria rekrutacyjne: płeć, typ sytuacji życiowej (bezdzielnymi młodzi dorośli do 35. roku życia, rodzice mieszkający z dziećmi oraz seniorzy powyżej 65. roku życia), miejsce zamieszkania (duże miasto, małe miasto, wieś) oraz makroregion (północny, centralny, południowy). Ze względu na zagrożenie epidemiczne badanie zaprojektowano jako w pełni zdalne. Wszystkie wywiady przeprowadzono po uzyskaniu świadomej zgody uczestników, która została utrwalona w dokumentacji badania, przy jednoczesnym zapewnieniu poufności danych zgodnie z zasadami etyki badań. Podstawową techniką badawczą były częściowo strukturyzowane wywiady indywidualne realizowane online, z wykorzystaniem platform Zoom, Skype oraz aplikacji mobilnych WhatsApp i Facebook Messenger. W przypadku trudności technicznych lub braku odpowiedniej infrastruktury cyfrowej uczestnicy mogli również wziąć udział w badaniu telefonicznie⁴. Scenariusz wywiadów obejmował wybrane zagadnienia dotyczące społecznych implikacji

³ Badania przedstawione w artykule zostały sfinansowane przez Instytut Ochrony Środowiska – Państwowy Instytut Badawczy (Umowa nr PZ. 022.19.2020.CC-CD) oraz otrzymały wsparcie finansowe z Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk (zlecenie wewnętrzne nr 16).

⁴ Poszerzone informacje na temat uczestników badania, obejmujące typ miejsca zamieszkania, sytuację życiową, płeć oraz zakres wykorzystania poszczególnych narzędzi podczas trzyletniego okresu realizacji, zostały przedstawione w formie tabelarycznej w aneksie. Szerzej na temat przyjętych rozwiązań metodologicznych (Binder, 2022).

doświadczenia pandemii, w tym życia osobistego i rodzinnego, spraw zawodowych, relacji i kontaktów społecznych oraz refleksji na temat pandemii. Niniejsze opracowanie koncentruje się na pytaniach związanych z dostępem do ochrony zdrowia, korzystaniem z teleporad i rozwiązań z zakresu e-zdrowia oraz oceną tych doświadczeń.

Analiza danych opierała się na refleksyjnej analizie tematycznej (Braun, Clarke, 2021), przeprowadzonej z wykorzystaniem pakietu MAXQDA, który umożliwił zarządzanie dużym zbiorem danych jakościowych, powiązanie ich ze zmiennymi demograficznymi oraz kodowanie, a także analizy synchroniczne (w ramach fal lub podgrup), diachroniczne (zmiany między falami) i porównawcze (np. między młodymi dorosłymi, rodzicami i seniorami). Proces ten obejmował zapoznanie się ze zbiorem transkrypcji verbatim, kodowanie, opracowanie wstępnych tematów, a następnie ich rozwinięcie i udoskonalenie. Pierwsza część analizy koncentrowała się na procesie implementacji zmian w korzystaniu ze świadczeń ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem teleporad, co umożliwił podłużny charakter badania. Prześledzono w niej wypowiedzi uczestników w ramach każdej z trzech fal badania (2020–2022) w świetle mechanizmów TPN, tj. nadawania sensu (*coherence*), zaangażowania (*cognitive participation*) oraz działań zbiorowych (*collective action*) (May, 2013; May, Finch, 2009). Następnie dokonano porównania ustaleń między falami w perspektywie diachronicznej, aby uchwycić zmiany zachodzące w czasie (Neale, 2019; Saldaña, 2003). Druga część analizy, skoncentrowana na ocenach teleporad (*reflexive monitoring*), obejmowała dane z trzeciej fali badania (2022), wybrane ze względu na jej zamykający charakter, który umożliwił uczestnikom podsumowanie doświadczeń związanych z pandemią, w tym korzystania z teleporad. Przypadki zostały pogrupowane według typu sytuacji życiowej (młodzi dorośli, rodzice, seniorzy), co umożliwiło identyfikację wspólnych ocen wad i zalet teleporad oraz uchwycenie specyfiki doświadczeń każdej grupy, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych perspektyw na jakość i użyteczność zdalnych konsultacji medycznych.

ADAPTACJA DO TELEPORAD – REKONSTRUKCJA PROCESU

W części empirycznej przedstawiona została analiza doświadczeń uczestników badań związanych z popularyzacją teleporad w publicznym systemie ochrony zdrowia w latach 2020-2022. Składają się na nią dwa komponenty. Pierwszy obejmuje rekonstrukcję procesu wdrażania teleporad i ich integracji z innymi rozwiązaniami w systemie ochrony zdrowia w okresie pandemii.

Ochrona zdrowia w pierwszym roku pandemii (2020)

W ramach pierwszej fali badania realizowanej wiosną 2020 r. uczestnikom zadano szereg pytań o wpływ sytuacji kryzysowej na ich życie, w tym o miejsca i usługi publiczne, do których mają utrudniony dostęp. Pierwszy rok pandemii był czasem największych obaw o możliwe skutki zakażenia nową, nieznaną chorobą. Wśród dotkliwych restrykcji badani silnie akcentowali ograniczony dostęp do systemu ochrony zdrowia. W swoich wypowiedziach przywoływali oni wówczas takie przykłady, jak odwoływanie wizyt u lekarzy czy wstrzymanie przyjęć do szpitali na zaplanowane zabiegi. Z uwagi na to, że badania zostały zainicjowane w pierwszych tygodniach pandemii, uczestnicy często przedstawiali je jako zasłyszane informacje, a nie osobiste doświadczenia.

„Uważam, że cała ta pandemia może wywołać pogorszenie stanu zdrowia ludzi nie tylko spowodowanych koronawirusem, ale tym, że ludzie przestaną chodzić do lekarzy. Wszystko jest zamknięte i ludzie będą umierać w domu, niedojeżdżając do szpitala. Jakby ja to po prostu wiem i mnie to przeraża. Ja to po prostu widzę i słyszę od ludzi” (1_PB_61, ojciec, duże miasto)⁵.

W tym czasie badani najsilniej akcentowali tzw. pandemiczne absurdy, tj. niezrozumiałe dla nich nowe regulacje, jak możliwość wizyty u stomatologa, przy jednoczesnych ograniczeniach w dostępie do ortodontów. Cechą charakterystyczną tego okresu było również to, że choć stosunek badanych do lekarzy był zróżnicowany, to w wywiadach pierwszej fali zrealizowanych badań wyraźny był motyw dostrzegania w nich bohaterów walki z pandemią, którzy spotykają się z niewdzięcznością i brakiem szacunku.

„Bardzo przykre jest samo traktowanie lekarzy i pielęgniarek, których nie wpuszczają do sklepów. Dla mnie to jest objaw nie wiem czego? Jak to nazwać w ogóle? To jest coś okropnego. Nie powinno tego być. Ludzie powinni zastanowić się, co robią, jak traktują lekarzy, którzy się dla nas poświęcają” (1_ES_147, seniorka, małe miasto).

Teleporady stanowiły jedną z odpowiedzi na kryzys epidemiczny i były wprowadzane jako rozwiązanie przejściowe mające na celu ograniczenie kontaktów bezpośrednich i zmniejszenie ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa. Choć zdalne konsultacje medyczne były znane uczestnikom badań korzystającym z prywatnej opieki medycznej, to na początku pandemii stanowiły nowość dla większości pacjentów korzystających z publicznego systemu ochrony zdrowia. W zgromadzonych wywiadach podkreślał to brak ich zakotwiczenia w języku. Wypowiedzi

⁵ Przywoływane fragmenty wypowiedzi oznaczono sygnaturami, które składają się z numeru fali wywiadów (1, 2 lub 3) oraz kodu uczestnika (np. PB_61). Dodatkowo podano skrótowe informacje dotyczące typu sytuacji życiowej (młody/młoda – młodzi dorośli; ojciec/matka – rodzice zamieszkujący z dziećmi; senior/seniorka – osoby w wieku 65 lat i starsze) oraz rodzaju miejsca zamieszkania.

dotyczące teleporad z tego okresu wyróżniał przede wszystkim opisowy charakter. Samo słowo „teleporady” nie zostało użyte przez żadnego ze 150 uczestników pierwszej fali badania. Zamiast tego używano sformułowań, takich jak „porady telefoniczne”, „wizyta na telefon”, „telerozmowa z lekarzem” czy „wywiad telefoniczny”. Za główne atuty tego rozwiązania uznawano w tym czasie możliwość zachowania kontaktu z lekarzem w okresie najpoważniejszych restrykcji oraz poczucie bezpieczeństwa wynikające z faktu, iż kontakt odbywał się zdalnie, co eliminowało zagrożenie zakażeniem. W tym czasie badani stopniowo „odkrywali” też, jak dużym udogodnieniem są dla nich nowe rozwiązania z zakresu e-zdrowia towarzyszące teleporadom, jak np. wprowadzone w tym samym roku e-recepty. Jednocześnie zdecydowanie negatywnie uczestnicy oceniali fakt, iż wizyty w gabinecie lekarskim zostały właściwie zastąpione przez „konsultacje telefoniczne” (por. NFZ, 2020). U wielu badanych zwiększało to poczucie zagrożenia i niepewności, charakterystyczne dla wczesnego okresu pandemii:

„Dojście do lekarza jest utrudnione póki co. Także to właśnie się na pewno drastycznie zmieniło. Nie wiem, kiedy to będzie funkcjonować [normalnie – P.B.]? Właśnie mam mieć niedługo tak zwaną tele-rozmowę z lekarzem, bo miałam termin na początek maja. To telefonicznie otrzymałam informację, że lekarz do mnie przedzwoni, tam pokrótce przeprowadzi taką konsultację na telefon i jeśli będzie konieczna recepta, to też będzie prawdopodobnie przez telefon. Na tej zasadzie” (1_JZ_113, matka, małe miasto).

W początkowym okresie pandemii zgodnie z teorią procesu normalizacji (May, 2013; May, Finch, 2009) teleporady znajdowały się na etapie nadawania sensu (coherence). Pacjenci stopniowo oswajali się z nową formą kontaktu z lekarzem, postrzegając ją jako tymczasowe rozwiązanie zwiększające bezpieczeństwo. Brak ugruntowanego języka do opisu teleporad oraz ich traktowanie jako substytutu wizyt stacjonarnych wskazywały na wczesny etap zaangażowania (*cognitive participation*), co ograniczało ich pełne włączenie do codziennych praktyk pacjentów.

Ochrona zdrowia w drugim roku pandemii (2021)

Drugą falę badań zrealizowano wiosną i latem 2021 r., w czasie, kiedy pandemia redefiniowała życie społeczne już od ponad roku. Badani odpowiadali wówczas m.in. na pytania o to, czy odczuwali ograniczony dostęp do opieki medycznej oraz czy uczestnikom lub ich bliskim zdarzało się mieć problem z dostępem do lekarza. W narracjach na ten temat wyraźnie wybijała się narastająca frustracja pacjentów i ich poczucie bezradności związane z utrudnionym kontaktem z lekarzami. Wśród badanych narastał stres i niepokój związany z faktem, że problemy, które rok wcześniej były potencjalne, stawały się częścią ich życiowych doświadczeń (jak trudności w uzyskaniu pomocy dla siebie i bliskich czy przypadki zgónów osób, które nie otrzymały wystarczającej pomocy). Jednocześnie wyraźnie

mniejszą rolę odgrywały obawy przed zakażeniem Covid-19, które były oficjalną przyczyną pandemicznych restrykcji.

Zdecydowanemu pogorszeniu uległ wówczas stosunek pacjentów do lekarzy, którzy przestali być postrzegani jako bohaterowie walki z pandemią. Badani często krytykowali ich za unikanie wizyt w gabinetach oraz izolowanie się od pacjentów, zwłaszcza w sytuacji, gdy przedstawiciele wielu innych zawodów pracowali w standardowym trybie. Powracającym motywem były emocjonalne wypowiedzi, w których formułowano poważne zarzuty wobec lekarzy gotowych do spotkań z pacjentami jedynie odpłatnie, w prywatnych gabinetach i klinikach.

„Cały czas jakby w ogóle nie ma dostępności lekarzy. Lekarze nie chcą się z pacjentami spotykać i tym jestem ogromnie zbulwersowana. Lekarze na NFZ, którzy mówią, że nie przyjmą stacjonarnie, tylko przez teleporadę. A ci sami lekarze prywatnie nie mają problemu, żeby cię przyjąć. Wystarczy zapłacić dwie stowy za wizytę i drzwi otwarte. No jest po prostu hipokryzja” (2_KC_23, młoda, duże miasto).

Opinie na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i pracy lekarzy miały również wpływ na ocenę teleporad. W publicznym systemie często były one źródłem niezadowolenia pacjentów z powodu trudności w kontakcie telefonicznym z lekarzem, umówieniu wizyty oraz długotrwałego oczekiwania na konsultację. Na tym tle teleporady komercyjne, bądź te oferowane przez prywatne podmioty w ramach kontraktu NFZ, były oceniane jako wyraźnie lepsze, przede wszystkim ze względu na ich sprawniejszą organizację oraz większą dostępność lekarzy. Część badanych czuła się zmuszana do korzystania z teleporad w sytuacjach, kiedy ich zdaniem wymagana była bezpośrednia wizyta lekarska. Rozczarowanie przebiegiem takiej wizyty, obawy o jakość świadczenia czy lęk przed błędną diagnozą należały do powtarzających się przyczyn ich unikania przez niektórych uczestników badania.

„Teleporady to jakaś porażka po prostu. U moich dzieci zdiagnozowano zapalenie jamy ustnej, a okazało się, że najprawdopodobniej przeszły ospę i półpasiec. To była dla mnie porażka. Jak poszłam po miesiącu, to lekarka mówi: – Ale tutaj był półpasiec. – A ja mówię: – No ale Pani doktor, skąd ja mam to wiedzieć? Nie jestem lekarzem” (2_AND_2, matka, małe miasto).

Oceny teleporad nie były jednak jednoznacznie negatywne. Już w drugim roku pandemii zauważalny był wyraźny wzrost ich akceptacji przez uczestników badania, a część z nich podkreślała, że teleporady powinny pozostać dostępne również po zakończeniu pandemii. Pozytywne doświadczenia związane z teleporadami dotyczyły przede wszystkim sytuacji, w których badanym udało się skutecznie rozwiązać problem będący przyczyną konsultacji. Według opinii respondentów dotyczyło to głównie relatywnie „prostych” spraw, takich jak kontynuacja leczenia wcześniej zdiagnozowanych schorzeń:

„Wydaje mi się to dobre, kiedy były to takie rutynowe wizyty, nie wizyty z nowym schorzeniem. Pani doktor alergologii zrobiła ze mną wywiad tak samo, jak kiedy jestem u niej w gabinecie. (...) dużo zależy oczywiście od lekarza, jak szczegółowo dopytuje i na ile zna pacjenta. Jeżeli zna go od kilku lat, to chyba jest w stanie ocenić, czy nastąpiło pogorszenie mojego zdrowia, czy też nie” (2_OD_134, senior, wieś).

Na tym tle wyróżniał się nierzadko entuzjastyczny stosunek badanych do rozwiązań towarzyszących teleporadom, takich jak e-recepty czy e-skierowania. Do tego, aby z nich skorzystać, nie było konieczne odbycie wizyty w trybie teleporady, jednak połączenie tych dwóch rozwiązań było postrzegane jako szczególnie przyjazne: „Ta recepta jest fajna (...) to ułatwia życie. Nie trzeba brać wolnego, nie trzeba nigdzie jechać, tylko się załatwi przez telefon” (2_LK_52, matka, wieś). Te wątki przeplatały się z zadowoleniem z możliwości korzystania z takich narzędzi, jak Internetowe Konto Pacjenta lub powiązanej z nim aplikacji mobilnej, co wskazywało na postępującą aprobatę procesu cyfryzacji ochrony zdrowia.

Drugi rok pandemii charakteryzował się więc zróżnicowanym zaangażowaniem pacjentów (*cognitive participation*) w korzystaniu z teleporad, co można wyjaśnić narastającą frustracją i sceptycyzmem wobec ich jakości. Według teorii procesu normalizacji (May, 2013; May, Finch, 2009) te czynniki ograniczały akceptację teleporad jako standardowej praktyki. Pozytywne postrzeganie teleporad w prostych przypadkach, takich jak kontynuacja leczenia, wskazuje na częściowe nadanie sensu (*coherence*) tej formie kontaktu. Jednak trudności organizacyjne oraz brak zaufania utrudniały pełniejsze działania zbiorowe (*collective action*) na rzecz ich integracji.

Ochrona zdrowia w trzecim roku pandemii (2022)

Ostatnią falę badania zrealizowano jesienią i zimą 2022 r. w rzeczywistości bardzo odmiennej od dwóch poprzednich lat. Uczestnicy badań raz jeszcze podzielili się swoimi doświadczeniami związanymi z systemem ochrony zdrowia, jego ograniczeniami oraz zdalnymi kontaktami medycznymi. Badani stosunkowo często wyrażali w tym czasie przekonanie, że pomimo tego, iż pandemia koronawirusa nie zakończyła się jeszcze, to nie stanowi już głównego problemu w otaczającej ich rzeczywistości i stopniowo odchodzi na dalszy plan, co potwierdziło oficjalne odwołanie stanu epidemii w maju tego roku. Miał na to wpływ również fakt w znacznej mierze koncentrowania się wówczas społeczeństwa na sprawach wojny w Ukrainie oraz napływu uchodźców do Polski.

Opinie na temat systemu ochrony zdrowia były złożone. Wielu badanych łączyło przekonanie, że sytuacja w tej sferze nadal nie wróciła jeszcze do normalności,

a konsekwencje rozwiązań przyjętych w początkach pandemii (zwłaszcza ograniczenia wizyt, badań diagnostycznych i zabiegów) kumulują się i przybierają na sile.

„Doszło do wynaturzenia (...) na akademii medycznej w [ANO] czekaliśmy dwa lata. To było związane z tym, że moja matka ma jaskrę i kontroluje się rokrocznie. No i dali mi wytyczne, jak się tam zgłosić. Miałem termin, no ale była pandemia, więc oczywiście mi odwołali. Napisali, że skontaktują się ze mną i do tej pory czekam. Minęły dwa lata, nikt się nie skontaktował” (3_KZ_92, ojciec, duże miasto).

Badani wskazywali też na odczuwalną poprawę sytuacji w stosunku do początków pandemii i zwiększającą się dostępność usług z zakresu ochrony zdrowia. Miało to również wpływ na złagodzenie opinii na temat pracy lekarzy, którzy znacznie częściej przyjmowali pacjentów w gabinetach: „Dwa lata temu, a i rok temu jeszcze, a teraz nie (...) teraz już normalnie przyjmują, nie ma problemu” (3_KZ_101, seniorka, wieś). Podobnie jak w innych dziedzinach życia zmiany systemowe związane z cyfryzacją w ochronie zdrowia, ale również reorganizacje w mniejszej skali (jak zapisy pacjentów na konkretną godzinę), nadal były oceniane wyraźnie pozytywnie. Jednocześnie powtarzała się opinia, że są niewystarczające, że w NFZ brakuje koordynacji działań, a system ma charakter hybrydowy (analogowo-cyfrowy). Miało to miejsce zwłaszcza w sytuacjach, kiedy badani korzystali z kompleksowych rozwiązań świadczeniodawców prywatnych.

„Robię to tylko prywatnie i jestem bardzo zadowolona. Mam aplikację, w której mam wszystkie wyniki badań, wszystkie zalecenia lekarzy. Mogę sobie rezerwować teleporadę i to z różnymi specjalistami (...) bardzo wygodne jest odnawianie recept. Kilka 'odnów' i już nic więcej nie muszę robić. Nie muszę za każdym razem dzwonić czy iść do lekarza. Oczywiście lekarz to zatwierdza” (3_KC_23, młoda, duże miasto).

W tym czasie teleporady nie były już nowością, a pacjenci mieli ponad dwa lata na oswojenie się z nimi i wyrobienie sobie opinii na ich temat. Zniesienie większości restrykcji pandemicznych zmieniło również percepcję teleporad. Jeżeli w tym okresie uczestnicy badań decydowali się na korzystanie ze zdalnych konsultacji medycznych, to robili to z wyboru, traktując je jako uzupełnienie tradycyjnych wizyt lekarskich. Zostały znormalizowane jedynie częściowo, tzn. przede wszystkim w zakresie wybranych, drobnych spraw, co bywało obwarowywane dodatkowymi warunkami. Najczęściej przywoływaną zaletą związaną z teleporadami była nie tyle możliwość konsultacji z lekarzem, ile rozwiązanie im towarzyszące, jak e-recepty lub e-skierowania. Co więcej, część badanych redukowała teleporady do wygodnego sposobu na uzyskanie e-recepty. Natomiast wykorzystywanie ich w celach diagnostycznych nadal budziło wątpliwości.

„Jak potrzebuję tylko skierowanie albo recepty na kontynuację leku czy coś, to tak, absolutnie nie wybieram się do przychodni, tylko dzwonię na teleporadę albo nawet zostawiam tam notatkę do karty i wtedy Pani doktor, jak potrzebuje, to ona dzwoni” (3_JT_33, matka, duże miasto).

Pomimo ich ograniczonego wykorzystywania wśród uczestników badań utrwałała się również opinia, że teleporady wprowadzane jako tymczasowe rozwiązanie powinny pozostać dostępne jako (dobrowolna) forma kontaktu z lekarzem również po pandemii: „To na pewno ograniczyło kolejki w przychodniach. Fajnie by było, gdyby było stosowane” (3_OD_131, ojciec, wieś). Wśród badanych teleporady miały również swoich zdecydowanych przeciwników. Należeli do nich badani, którzy nawet jeśli zetknęli się z teleporadami, to było to zwykle związane ze szczególnymi okolicznościami i ograniczonym dostępem do wizyt w gabinetach: „Korzystam z porad stacjonarnych ze względu na to, że po prostu ja jestem osobą, która woli załatwiać sprawy w cztery oczy ze względu na to, że sam tak wolę” (3_JT_45, młody, małe miasto). Dla tej podgrupy teleporady pozostawały niewiarygodne, a „prawdziwa” konsultacja medyczna wymagała bezpośredniego kontaktu z lekarzem.

W trzecim roku badań teleporady osiągnęły etap częściowej normalizacji, ograniczonej do wybranych zastosowań, takich jak uzyskiwanie e-recept. To wskazuje na ugruntowane nadawanie sensu (*coherence*) w specyficznych sytuacjach zgodnie z teorią procesu normalizacji (May, 2013; May, Finch, 2009). Mimo to ograniczone zaangażowanie pacjentów (*cognitive participation*) w wykorzystywanie teleporad do celów diagnostycznych oraz brak pełnej koordynacji systemowej (*collective action*) sygnalizują trudności w ich trwałym osadzeniu jako standardowej praktyki w ochronie zdrowia.

Ocena teleporady z perspektywy trzech grup uczestników badań

Drugą część analiz stanowi porównanie doświadczeń związanych z teleporadami w trzech grupach pacjentów: wśród młodych dorosłych, rodziców mieszkających z dziećmi oraz seniorów. Skupiono się w niej na wywiadach z trzeciej fali badania, w których pytania o teleporady zostały pogłębione, a uczestnicy mieli szansę podsumować swoje doświadczenia związane z tą formą kontaktów zgromadzone od początku pandemii. Przeprowadzone analizy pozwoliły zarówno na wyłonienie tego, co łączyło argumentacje uczestników, jak i specyfiki doświadczeń badanych, wpisujących się w dany typ sytuacji życiowej. Ważnym ustaleniem wynikającym z tej części analiz było to, że oceny skutków stosowania teleporad (*reflexive monitoring*; May, 2013; May, Finch, 2009) przez badanych, reprezentujących różnicowane typy sytuacji życiowej, były do siebie bardzo zbliżone, co zadecydowało o ich wspólnym zaprezentowaniu.

Pierwszą z zalet teleporad była wygoda związana z brakiem konieczności osobistej wizyty w przychodni: „Jeśli tylko mogę coś załatwić w postaci teleporady zamiast chodzić po lekarzach i stać w kolejkach, to oczywiście tak” (3_PB_65, młoda,

duże miasto). Eliminacja konieczności udania się do poradni oraz oczekiwania na konsultację stanowiła dla badanych duże wsparcie oraz była niekwestionowanym źródłem oszczędności czasu. Kiedy teleporady mogły być łączone z elektroniczną rejestracją do lekarza, dodatkowo zyskiwały w oczach uczestników badań. Należy też podkreślić, że ta zaleta teleporad nie była podważana również przez przeciwników zdalnych kontaktów medycznych.

Drugim atutem teleporad był łatwiejszy dostęp do wybranych usług medycznych. Był on rozumiany jako przydatność przy załatwianiu spraw o charakterze podstawowym, niewymagających bezpośredniej wizyty. Badani podkreślali również, że teleporady bywały czasami szybciej dostępne niż tradycyjne wizyty w gabinecie, zwłaszcza w czasie obowiązywania restrykcji pandemicznych, co mogło mieć znaczenie w sprawach wymagających pilnej konsultacji (np. nagłe objawy). Podkreślano raz jeszcze to, co często postrzegano jako największy atut teleporad, czyli możliwość jedoczesnego skorzystania z narzędzi e-zdrowia: „Szczerze mówiąc, teraz łatwiej jest dostać skierowanie, ponieważ nie muszę iść do lekarza, tylko wystarczy zadzwonić” (3_KZ_102, matka, małe miasto).

Kolejną pozytywną cechą zdalnych kontaktów medycznych była możliwość skorzystania z teleporad w trakcie trwającego procesu leczenia. W okresach zaostrzonych restrykcji w latach 2020-2021 ceniona bywała możliwość zachowania jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem prowadzącym. Tym niemniej argument ten był przytaczany również później w przypadku zdiagnozowanych schorzeń, kiedy proces leczenia lub monitorowania był rozłożony w czasie, a część konsultacji medycznych nie wymagała osobistych wizyt: „Pani doktor zadzwoniła, ja miałem zrobione wyniki, byłem przygotowany. To tylko odczytałem te wyniki, porozmawialiśmy, zaleciła lekarstwa, wszystko normalnie” (3_AND_12, senior, wieś). Niezależnie, czy dotyczyło to astmy u młodszych uczestników, czy leków przyjmowanych przez seniorów w związku chorobami typowymi dla ich wieku (np. nadciśnienie), teleporady ułatwiały zarządzanie stanem zdrowia tych uczestników.

Ostatnią uniwersalną zaletą teleporad udokumentowaną w wywiadach było ograniczenie ryzyka zakażeniem. Jak podkreślono wcześniej, obawy przed koronawirusem odgrywały najważniejszą rolę w początkowym okresie pandemii, kiedy silnie akcentowano zalecenie samoizolacji, które w Polsce w znacznej mierze było respektowane. W późniejszym okresie akcent został przeniesiony na wszelkie choroby zakaźne, do których transmisji mogłoby dochodzić w takich miejscach, jak placówki medyczne (np. w kolejce do lekarza): „Nie ma sensu jechać i narażać siebie na zarażenie się czymś tam” (3_KZ_91, ojciec, małe miasto). Możliwość uniknięcia tego typu sytuacji i związanych z nimi infekcji pozostała więc zaletą zdalnych kontaktów z lekarzem.

Pierwszą z wyróżnionych wad przypisywanych teleporadom przez przedstawicieli wszystkich grup była niesatysfakcjonująca organizacja zdalnych konsultacji medycznych. Uczestnicy akcentowali, że kontakt telefoniczny z przychodniami (rezerwacja, przełożenie, odwołanie wizyty) był nierzadko bardzo utrudniony, co rzutowało na całość ich doświadczeń: „Po prostu nie da się dodzwonić (...) wiecznie jest albo zajęte, albo nikt nie odbiera. Ciężko jest nawet ocenić taką teleporadę, kiedy nie ma do niej dostępu” (3_AND_1, matka, małe miasto). Wydłużone terminy oczekiwania na konsultację sprawiały, że w przypadku drobnych dolegliwości zarezerwowane porady stawały się czasami bezcelowe. Badani wskazywali na trudności w kontakcie z wybranymi lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, u których wcześniej się leczyli, co utrudniało kontynuację opieki zdrowotnej i wywoływało poczucie niepewności. Na tym tle bardzo korzystnie wypadały usługi podmiotów prywatnych jako bardziej zaawansowane, sprawnie zorganizowane i lepiej skoordynowane.

Negatywną cechą teleporad podkreślaną w wywiadach były też trudności w ocenie stanu zdrowia pacjenta, zwłaszcza przy poważniejszych schorzeniach. Badani podkreślali, że teleporady nie dają możliwości pełnej interakcji z lekarzem, zwłaszcza kiedy komunikacja ograniczała się do połączenia głosowego. W efekcie umożliwiały one jedynie ograniczony zakres diagnostyki, zawężonej do wywiadu, co dawało lekarzowi ograniczony wgląd w zdrowie pacjenta: „Korzystałem, chociaż w praktyce to było niepotrzebne. Żeby się tam przebadać, to musiałem pójść fizycznie i zrobić EKG. Tak że teleporada była trochę taką zapchaj-dziurą” (3_LK_51, młody, duże miasto). Uczestnicy badań nie wykluczali, że być może w przyszłości dostępne narzędzia pozwolą na szerszą diagnostykę w kontaktach zdalnych, tym niemniej do dostępnych usług podchodzili ze świadomością towarzyszących im ograniczeń.

Trzecim argumentem postrzeganym jako wada teleporad był brak zaufania do kontaktów zdalnych. Choć była to sprawa subiektywna, jednak wypowiedzi badanych były w tej kwestii do siebie zbliżone. Uczestnicy preferowali możliwość bezpośredniego kontaktu z lekarzem, gdy doświadczali poważniejszych problemów zdrowotnych, które w ich ocenie wymagały dokładnego zbadania, a więc i wizyty w gabinecie. W takich sytuacjach korzystaniu z teleporad towarzyszyła niepewność, czy oni jako pacjenci będą w stanie właściwie nazwać swoje dolegliwości i skutecznie przekazać je lekarzowi (zwłaszcza dotyczyło to dzieci i seniorów): „Natomiast jak już mam jakąś wątpliwość i chciałabym, żeby mnie pan doktor czy pani doktor zbadała, (...) No to przecież jak mam to powiedzieć, skoro ja anatomii nie znam?” (3_AND_3, seniorka, małe miasto). Niepokój narastał, kiedy badani spotykali się z odmową wizyty bezpośredniej bądź byli rozczarowani wynikiem teleporady.

Ostatnią wyróżnioną wadą teleporad była wątpliwa jakość zdalnych kontaktów medycznych, która stanowiła konsekwencję wcześniej wymienionych negatywnych aspektów (Hallam, 1989). Część badanych wyraźnie nie była przekonana o skuteczności teleporad jako sposobu leczenia, a ich obawy dotyczyły przede wszystkim dwóch scenariuszy. Z jednej strony, była to możliwość postawienia błędnej diagnozy, a w efekcie wdrożenia nieprawidłowego leczenia. Z drugiej, obawiano się opóźnienia we właściwym określeniu choroby (na przykład ze względu na przeoczenie) i jej niekontrolowany rozwój: „Lekarze wymigiwali się teleporadami i wiem, że są osoby, które zmarły przez takie podejście albo dostały pomoc za późno i ciężko chorują. Jest mnóstwo takich osób z mojego otoczenia” (3_LK_52, matka, wieś). Obie możliwości były głęboko niepożądane, a jednocześnie wydawały się badanym prawdopodobne, dlatego zniechęcały część uczestników do korzystania z teleporad.

Wspólne dla wszystkich grup pacjentów nadanie sensu (*coherence*) teleporadom przejawiało się w akceptacji ich praktycznych zalet, takich jak wygoda oraz wsparcie w prostych kwestiach medycznych, co sprzyjało ich częściowemu włączeniu do codziennych praktyk. Jednak zgodnie z teorią procesu normalizacji (May, 2013; May, Finch, 2009) ograniczone zaufanie oraz trudności organizacyjne będące odzwierciedleniem niewystarczających działań zbiorowych (*collective action*) hamowały pełne zaangażowanie pacjentów (*cognitive participation*) w tę formę kontaktu, zwłaszcza w przypadku bardziej złożonych problemów zdrowotnych.

Pomimo wskazanych podobieństw w ocenach skutków zastosowania teleporad w każdej z grup uczestników wyraźnie ujawniły się elementy specyficzne, charakterystyczne dla poszczególnych sytuacji życiowych. Młodych dorosłych charakteryzowała elastyczność i otwartość na nowe rozwiązania w ochronie zdrowia. Cyfryzację usług medycznych uważali za naturalne i w pewnym sensie oczywiste rozwiązanie, a intensyfikację tego procesu (w ich opinii opóźnionego) postrzegali jako pozytywny skutek pandemii: „...to okres, gdzie dużo rzeczy poszło do przodu (...) wszystkie te zdalne możliwości korzystania z usług. Fajnie by było, gdybyśmy mogli zostać przy tych innowacjach” (3_PB_70, młody, wieś). Z powodów metrykalnych (pokolenie smartfonów) młodzi mieli już duże doświadczenie w zdalnym załatwianiu spraw. Nie tylko chętnie korzystali z tych możliwości kontaktu (zwłaszcza aplikacji mobilnych), ale też jako jedyni na swój sposób recenzowali dostępne im narzędzia, doceniając ich zalety lub podkreślając ich braki. Ich podejście do teleporad charakteryzował jednak nie entuzjazm, a pragmatyzm, racjonalność i selektywność. Na zdalny kontakt z lekarzem decydowali się wówczas, kiedy w ich ocenie porada mogła zostać dokonana zdalnie: „Zależy, o co chodzi. Jeśli jest to prosta sprawa, jak ból brzucha czy grypa, to tak. Jeśli miałbym

coś poważniejszego, to raczej wolałbym się umówić na wizytę realną, rzeczywiście” (3_JT_38, młody, duże miasto). Tym niemniej w przypadku bardziej skomplikowanych kwestii zdrowotnych cenili sobie możliwość bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Wśród młodych dorosłych najsilniej akcentowana była opinia, że teleporady mogą być również sferą nadużyć, którym należy przeciwdziałać. Powołując się na własne doświadczenia przytaczali przykłady zarówno nieuzasadnionych zwolnień lekarskich, jak i braku rzetelności lekarzy. To również młodzi akcentowali potrzebę dalszego rozwoju i udoskonalenia cyfrowego wymiaru systemu ochrony zdrowia w kierunku zapewnienia wysokiej jakości zdalnych usług medycznych. Upatrywali oni w tych działaniach szansy na zwiększanie dostępności opieki medycznej, m.in. przez skracanie czasu oczekiwania na kontakt z lekarzem.

Rodzice, choć zwykle starsi od młodych dorosłych, jako przedstawiciele pokolenia internetu, również byli dobrze przygotowani do korzystania ze zdalnych usług publicznych. Miały na to wpływ między innymi ich bogate doświadczenia kontaktów zdalnych ze żłobkami, przedszkolami oraz szkołami, które znaczną część komunikacji z rodzicami przeniosły już do sfery online. Rodzice cieszyli się, że pandemia przyspieszyła cyfryzację ochrony zdrowia i postrzegali tę zmianę głównie jako pozytywną. Ich ocena teleporad miała dwa charakterystyczne komponenty. Pierwszy wynikał z faktu łączenia rodzicielstwa z pracą zawodową. Ważną sprawą dla rodziców był czas i możliwość jego zaoszczędzenia, dlatego chętnie korzystali z możliwości zdalnego umawiania wizyt oraz zdalnego dostępu do dokumentacji medycznej: „Bo jest mi szybciej, jest mi szybciej. Nawet z taką poradą już nie stoję w tej kolejce i nie czekam tam. A jak jest obsuwa, to ja w te pół godziny sobie coś tam robię” (3_PB_71, matka, małe miasto). Możliwość zastąpienia wizyty w gabinecie teleporadą była dla rodziców wartościowa również ze względu na bardziej złożoną logistykę związaną z wizytą z dzieckiem u lekarza. Drugim istotnym aspektem był prymat troski o dobro dziecka, który silnie wpływał na ocenę teleporad jako formy uzyskania porady medycznej. Priorytetowe traktowanie bezpieczeństwa dziecka generowało duży sceptycyzm wobec teleporad. Zasadniczo rodzice uważali, że teleporady nie mogą zastąpić bezpośrednich kontaktów medycznych, zwłaszcza w przypadku dzieci, i mogą być uzasadnione jedynie w sprawach drobnych. W przypadku poważniejszych problemów zdecydowanie preferowali wizyty osobiste, szczególnie gdy dotyczyły małych dzieci: „Jak ja mogę określić, jaki to jest rodzaj wysypki u dziecka, jak mogę ocenić, jak to wygląda (...) ja nie jestem lekarzem, żeby wszystkie parametry podać” (3_AND_2, matka, małe miasto). Dla rodziców była to na tyle ważna kwestia, że w sytuacjach odmowy wizyty bezpośredniej powracającym motywem w wywiadach było korzystanie z odpłatnych konsultacji w gabinetach lekarskich.

Jedną z implikacji pandemii było zwiększenie wykorzystania teleporad i towarzyszących im rozwiązań również wśród seniorów. Choć metrykalnie było to pokolenie, dla którego kontakty telefoniczne w życiu codziennym były od dawna znormalizowane, to wyraźnie akcentowali dystans do teleporad. Na poziomie ogólnym łączyło się to z obawami, że nadmierna cyfryzacja opieki zdrowotnej może prowadzić do swoistej dehumanizacji relacji lekarz-pacjent i trwałego ograniczenia bezpośrednich kontaktów: „Trochę mi nie pasowało, że lekarz nie widzi pacjenta, a nawet jeżeli go już teraz widzi, to nawet go nie bada, tylko patrzy w komputer i wypisuje recepty. To chyba poszło na żywioł” (3_MK_82, seniorka, duże miasto). Teleporady były dla seniorów źródłem niepewności i obaw dotyczących jakości świadczonych usług oraz potencjalnych nadużyć ze strony lekarzy, dlatego czuli się bezpieczniej, mając możliwość wizyty w gabinecie. Wśród seniorów często pojawiał się również wątek trudności w obsłudze sprzętu i korzystaniu z usług zdalnych, co ich zdaniem wydłużało czas załatwiania spraw. W sytuacjach wymagających korzystania z platform internetowych seniorzy nierzadko musieli prosić o wsparcie członków rodziny, co – jak sami podkreślali – było związane z ich wiekiem oraz ograniczonymi kompetencjami cyfrowymi: „Lekarza rodzinnego to nie widziałem już dwa lata. Ale ponieważ mam nadciśnienie i muszę brać systematycznie leki, to syn odbywa tak zwaną wizytę zdalną i dostaje receptę” (3_LK_46, senior, wieś). Seniorzy nie przekreślali jednak teleporad i dostrzegali również ich pozytywne cechy. Podobnie jak pozostali uczestnicy, również oni cenił sobie rozwiązania towarzyszące teleporadom (zwłaszcza e-recepty) oraz elektroniczny dostęp do dokumentacji medycznej. Dzięki nim mogli zrezygnować z części wizyt i zasięgnąć porady zdalnej, kiedy ich obecność w gabinecie nie była konieczna. Dla tych, którzy ze względu na stan zdrowia lub odległość przychodni od miejsca zamieszkania mieli problem z dotarciem do lekarza, było to wartościowe wsparcie. Pod tym względem możliwość zdalnego kontaktu w przypadku części wizyt była traktowana przez seniorów jako przyjazne rozwiązanie.

Różnorodne podejścia młodych dorosłych, rodziców i seniorów do teleporad odzwierciedlają odmienne poziomy zaangażowania (*cognitive participation*), które wynikają z ich kompetencji cyfrowych, priorytetów życiowych oraz obaw o jakość świadczonych usług. Analiza efektów teleporad (*reflexive monitoring*) wskazuje na częściową normalizację, ograniczoną do wybranych sytuacji życiowych, przy jednoczesnym utrzymywaniu się preferencji dla wizyt stacjonarnych w sytuacjach wymagających większego zaangażowania lekarza (May, 2013; May, Finch, 2009).

PODSUMOWANIE

Przedstawione rozważania poświęcone są popularyzacji teleporad w publicznym systemie ochrony zdrowia z perspektywy pacjentów, analizowanych w świetle teorii procesu normalizacji (TPN) (May, 2013; May, Finch, 2009). Teoretyczne ramy TPN umożliwiły zrozumienie dynamiki osadzania nowych praktyk medycznych w zmieniających się sytuacjach społecznych i systemowych. Podłużne badania jakościowe, oparte na trzykrotnych wywiadach z tymi samymi uczestnikami, pozwoliły prześledzić ewolucję percepcji teleporad w latach 2020–2022. Analiza wyników w powiązaniu z danymi GUS (2024) rzuca nowe światło na proces ich implementacji. Wnioski płynące z badań są w dużej mierze zgodne z dotychczasową literaturą, jednocześnie pogłębiając rozumienie ograniczeń normalizacji teleporad w polskim systemie ochrony zdrowia.

W badaniach dotyczących teleporad realizowanych w Polsce pomijany dotychczas był fakt, że skala zastosowania tego rozwiązania od początku pandemii systematycznie spadała. Było to przejście od poziomu dominującej formy konsultacji medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej w okresie pierwszej fali koronawirusa (NFZ, 2020) do relatywnie niewielkiego poziomu cztery lata później (GUS, 2024). W tym czasie ewoluowała rola teleporad w opinii pacjentów. Wpływ na nią miały takie czynniki, jak warunki pandemiczne i związane z nimi obawy, zakres ograniczeń w dostępie do systemu ochrony zdrowia oraz dobrostan pacjentów. Obserwowanym kierunkiem zmian było przejście od zastąpienia wizyt w gabinetach teleporadami w okresie najsurowszych restrykcji pandemicznych do roli uzupełniającej tradycyjne konsultacje medyczne. Postępujące zmiany miały również wpływ na percepcję teleporad, włączając w to zarówno ich ogólną ocenę, jak i powody ich akceptacji lub dezaprobaty. Oznacza to, że znaczenie „pozytywnego stosunku” pacjentów do teleporad, który jest wyraźnie akcentowany w literaturze przedmiotu (Chmielewska i in., 2023; Duplaga, 2024; Sołomacha i in., 2023), również ewoluowało w czasie wraz ze zmieniającymi się możliwościami ich stosowania.

Utrwalone w wywiadach doświadczenia uczestników badań wskazywały na postępującą krystalizację ich opinii na temat teleporad. Choć badani byli skłonni korzystać z teleporad i uznawali je za rozwiązanie w pewnych sytuacjach korzystne, to jednocześnie był to ich zdaniem odmienny typ kontaktu z lekarzem (por. Gibson i in., 2016). Prowadziło to do najważniejszego wniosku z badań, a mianowicie, iż teleporady zostały znormalizowane jedynie częściowo. Wskazywał na to fakt, że dla pacjentów stanowiły przede wszystkim dodatek do kontaktów z lekarzem w gabinecie. Z perspektywy TPN (May, 2013; May, Finch, 2009) badanym udało

się nadać sens (*coherence*) korzystaniu z nich jedynie w wybranych aspektach, jak łatwiejszy dostęp do niektórych usług medycznych (zwłaszcza do narzędzi e-zdrowia) oraz wsparcie w procesie trwającego leczenia lub monitorowania stanu zdrowia (por. Lubomski i in., 2024). Dodatkowe atuty teleporad, jak wygoda i ograniczenie ryzyka zakażeniem, nie wpływały na rozszerzenie ich zastosowania. Z kolei przekonanie o wątpliwej jakości zdalnych konsultacji medycznych, brak zaufania do zdalnych porad, obiektywne trudności w ocenie stanu zdrowia pacjenta powodowały, że badani ograniczali swoje zaangażowanie (*cognitive participation*) w teleporady w celach diagnostycznych lub szybko zniechęcali się do nich. Skutkiem tego zakres ich wykorzystania na poziomie instytucjonalnym i systemowym (*collective action*) był ograniczony i sukcesywnie obniżał się wraz z eliminacją barier dostępu do wizyt w gabinetach (GUS). Podkreślały to wyniki analiz porównawczych pomiędzy trzema grupami uczestników badań. Młodzi dorośli, rodzice i seniorzy w bardzo zbliżony sposób postrzegali wady i zalety nowych rozwiązań (*reflexive monitoring*). Różnice pomiędzy nimi w takich kwestiach, jak kompetencje cyfrowe i otwartość na cyfryzację, potencjał oszczędności czasu albo poziom obaw przed medycznymi kontaktami zdalnymi, mogły wpływać na intensywność korzystania z teleporad, ale nie zakres ich zastosowania, który pozostawał bardzo ograniczony.

Przeprowadzone analizy wskazują, że potencjał teleporad w polskim systemie ochrony zdrowia przewyższa ich obecne wykorzystanie, co otwiera przestrzeń dla praktycznych działań na rzecz ich dalszej integracji. Choć w 2023 r. teleporady stanowiły już niespełna 10% porad ambulatoryjnych w podstawowej opiece zdrowotnej, to nadal odpowiadało to ponad 17 mln konsultacji, świadcząc o ich ważnej pozycji mimo obserwowanego spadku po okresie pandemii (GUS, 2024). Pomimo zmniejszonego zastosowania zdalne konsultacje lekarskie pozostają integralnym elementem systemu ochrony zdrowia. Pełniejsze wykorzystanie potencjału teleporad wymaga podejścia dwutorowego. Po pierwsze, konieczne jest wspieranie pacjentów w budowaniu zaufania i przezwyciężaniu niepewności wobec zdalnych usług medycznych (Chmielewska i in., 2023; Gibson i in., 2016). Po drugie, niezbędna jest poprawa jakości teleporad, zwłaszcza w zakresie organizacji i koordynacji usług, aby dorównywały cenionym przez uczestników badań kompleksowym rozwiązaniom z sektora prywatnego (OECD, 2023b). Postępująca ewolucja teleporad, ich zmieniająca się rola w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz oceny skutków tych zmian będą wymagały dalszych badań.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, R.B., Nelson, V.R., Holtz, B.E. (2021). Barriers for Telemedicine Use Among Nonusers at the Beginning of the Pandemic. *Telemedicine Reports*, 2(1), 211–216. <https://doi.org/10.1089/tmr.2021.0022>
- Allen, D., Leavey, R., Marks, B. (1988). Survey of patients' satisfaction with access to general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38(309), 163–165.
- Barney, A., Buckelew, S., Mesheriakova, V., Raymond-Flesch, M. (2020). The COVID-19 Pandemic and Rapid Implementation of Adolescent and Young Adult Telemedicine: Challenges and Opportunities for Innovation. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 164–171. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.006>
- Binder, P. (2022). Wywiady online w badaniach jakościowych okresu pandemii: inkluzywne potencjały, zagrożenie wykluczeniem i jakość gromadzonych danych. *Kultura i Edukacja*, 137(3), 38–62. <https://bibliotekanauki.pl/articles/2159147>
- Braun, V., Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis. A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd.
- Brown, A., Armstrong, D. (1995). Telephone consultations in general practice: An additional or alternative service?. *British Journal of General Practice*, 45(401), 673–675.
- Chmielewska, Z., Sobczak, K., Dąbrowska, P., Dąbrowska, A., Świechowska, J., Czmyr, J., Otręba, E., Dorobek, M. (2023). Patients' preferences – evaluation of teleconsultations during the COVID-19 pandemic. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 29(2), 104–109. <https://doi.org/10.26444/monz/166090>
- Duplaga, M. (2024). Predictors of the Use of Physician's Televisits During the COVID-19 Pandemic in Poland. *Studies in Health Technology and Informatics*, 310, 1106–1110. <https://doi.org/10.3233/SHTI231136>
- Gibson, J., Lightbody, E., Mcloughlin, A., Mcadam, J., Gibson, A., Day, E., Fitzgerald, J., May, C., Price, C., Emsley, H., Ford, G.A., Watkins, C. (2016). „It was like he was in the room with us”: Patients' and carers' perspectives of telemedicine in acute stroke. *Health Expectations*, 19(1), 98–111. <https://doi.org/10.1111/hex.12333>
- GUS (2022). *Zeszyt metodologiczny Statystyka zdrowia i ochrony zdrowia – sprawozdawczość GUS*. Główny Urząd Statystyczny.
- Hallam, L. (1989). You've Got a Lot to Answer for, Mr Bell. A Review of the Use of the Telephone in Primary Care. *Family Practice*, 6(1), 47–57. <https://doi.org/10.1093/fampra/6.1.47>
- Hallam, L. (1993). Access to general practice and general practitioners by telephone: The patient's view. *British Journal of General Practice*, 43(373), 331–335.
- Lubomski, J., Malchrzak, W., Babicki, M., Kloda, K., Suwala, S., Mastalerz-Migas, A. (2024). Teleconsultation as a Modern Form of Health Care Service in the Case of Poland: Assessment of Its Potential Use from the Perspective of Health Care Providers and Patients. *Telemedicine and e-Health*, 30(1), 234–241. <https://doi.org/10.1089/TMJ.2023.0204>
- Marklund, B., Bengtsson, C. (1989). Medical Advice by Telephone at Swedish Health Centres: Who Calls and What Are the Problems?. *Family Practice*, 6(1), 42–46. <https://doi.org/10.1093/fampra/6.1.42>

- May, C.R. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-18>
- May, C.R., Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- May, C.R., Finch, T.L., Cornford, J., Exley, C., Gately, C., Kirk, S., Jenkins, K.N., Osbourne, J., Robinson, A.L., Rogers, A., Wilson, R., Mair, F. S. (2011). Integrating telecare for chronic disease management in the community: What needs to be done? *BMC Health Services Research*, 11(1), 131. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-131>
- McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C.A., Mair, F.S., MacFarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation Science*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-2>
- Neale, B. (2019). *What is Qualitative Longitudinal Research?*. Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.5040/9781472532992>
- NFZ (2020). *Raport z badania satysfakcji pacjentów*. <https://www.gov.pl/attachment/a702e12b-8b16-44f1-92b5-73aaef6c165c>
- OECD (2023a). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators (Health at a Glance)*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD (2023b). *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*. OECD Publishers. <https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en>
- OECD (2024). *Health at a Glance: Europe 2024 (Health at a Glance: Europe, T. 6011, Numer 24312)*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Pogorzelska, K., Marcinowicz, L., Chlabicz, S. (2023). Understanding satisfaction and dissatisfaction of patients with telemedicine during the COVID-19 pandemic: An exploratory qualitative study in primary care. *PLOS ONE*, 18(10), e0293089. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0293089>
- Saigí-Rubió, F., Borges do Nascimento, I.J., Robles, N., Ivanovska, K., Katz, C., Azzopardi-Muscat, N., Novillo Ortiz, D. (2022). The Current Status of Telemedicine Technology Use Across the World Health Organization European Region: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10), e40877. <https://doi.org/10.2196/40877>
- Saldaña, J. (2003). *Longitudinal Qualitative Research: Analyzing Change Through Time*. AltaMira Press.
- Shaver, J. (2022). The State of Telehealth Before and After the COVID-19 Pandemic. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 49(4), 517–530. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.04.002>
- Sołomacha, S., Sowa, P., Kiszkiel, Ł., Laskowski, P.P., Alimowski, M., Szczerbiński, Ł., Szpak, A., Moniuszko-Malinowska, A., Kamiński, K. (2023). Patient's Perspective of Telemedicine in Poland – A Two-Year Pandemic Picture. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 115. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010115>
- Taha, A., Saad, B., Enodien, B., Bachmann, M., Frey, D.M., Taha-Mehlitz, S. (2021). The Development of Telemedicine and eHealth in Surgery during the SARS-CoV-2 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11969. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211969>

Wanat, M., Hoste, M.E., Gobat, N.H., Anastasaki, M., Böhmer, F., Chlabicz, S., Colliers, A., Farrell, K., Hollerbach, S., Karkana, M. N., Kinsman, J., Lionis, C., Marcinowicz, L., Reinhardt, K., Skoglund, I., Sundvall, P.D., Vellinga, A., Goossens, H., Butler, C.C., ... Tonkin-Crine, S. (2022). Patients' and clinicians' perspectives on the primary care consultations for acute respiratory infections during the first wave of the COVID-19 pandemic: an eight-country qualitative study in Europe. *BJGP Open*, 6(2), BJGPO.2021.0172. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0172>

ANEKS. INFORMACJE NA TEMAT UCZESTNIKÓW BADAŃ ORAZ SPOSOBÓW GROMADZENIA DANYCH

Tabela 2. Uczestnicy badań podłużnych (n = 356) w podziale na typ miejsca zamieszkania⁶ w trzech falach zrealizowanego badania podłużnego

Fala badania	Duże miasto	Małe miasto	Wieś	Suma
I (2020)	50	49	51	150
II (2021)	40	30	36	106
III (2022)	37	30	33	100
Suma	127	109	120	356

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Uczestnicy badań podłużnych (n = 356) w podziale na typ sytuacji życiowej⁷ i płeć w trzech falach zrealizowanego badania podłużnego

	Płeć	Młodzi dorośli	Rodzice	Seniorzy	Łącznie
I fala (2020)	suma	56	63	31	150
	K	25	36	16	77
	M	31	27	15	73
II fala (2021)	suma	39	46	21	106
	K	18	23	8	49
	M	21	23	13	57
III fala (2022)	suma	36	44	20	100
	K	15	24	7	46
	M	21	20	13	54
Łącznie		131	153	72	356

Źródło: opracowanie własne.

⁶ Na etapie projektowania badania założono proporcjonalny podział uczestników ze względu na miejsce zamieszkania. Stolice województw zostały zakwalifikowane jako duże miasta, natomiast pozostałe miejscowości – jako małe.

⁷ Przed rozpoczęciem rekrutacji ustalono, że podział uczestników ze względu na typ sytuacji życiowej będzie wynosił 2:2:1, co oznacza, że liczba młodych dorosłych oraz rodziców z dziećmi będzie dwukrotnie większa niż liczba seniorów.