

Aleksandra Głos

Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej

Diametros nr 45, 82-106

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

DWA MODELE ZAUFANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ¹

– Aleksandra Głos –

Abstrakt. Zaufanie jest warunkiem godziwej i sprawiedliwej służby zdrowia. W subtelnej relacji między lekarzem a pacjentem zaufanie nie tylko umożliwia przeprowadzenie terapii, ale samo w sobie pełni rolę terapeutyczną. Zaufanie jest także fundamentem skutecznej współpracy – obniża jej koszty, zwiększa efektywność i pozytywnie wpływa na czerpaną z pracy satysfakcję. Aby jednak zaufanie mogło spełnić wspomniane wyżej funkcje, musi mieć ono charakter altruistyczny, a nie wyłącznie kalkulacyjny. Prawdziwości tego pierwszego modelu dowodzą nie tylko argumenty filozoficzne, ale i badania procesu obdarzania zaufaniem w praktyce opieki zdrowotnej. Rozróżnienie pomiędzy tymi modelami pomaga zrozumieć przyczyny kryzysu zaufania w służbie zdrowia. Wiele ze współczesnych reform przeprowadzanych jest bowiem wyłącznie z troską o kognitywną stronę zaufania – zwiększenie przewidywalności i efektywności systemów zdrowotnych, z pominięciem jego strony etycznej, która jest istotą zaufania. Artykuł omawia także niejednoznaczny wpływ nowych technologii medycznych na całokształt tych procesów.

Słowa kluczowe: zaufanie, opieka zdrowotna, nowe technologie medyczne, altruizm, reforma służby zdrowia, I. Bohnet, J. Mansbridge, A. Howson i J. Brownlie, M. Hillen.

1. Uwagi wstępne: od zaufania automatycznego do refleksyjnego

Zaufanie jest fundamentem relacji lekarza i pacjenta. Choroba sprawia, że pacjent doświadcza podwójnej wrażliwości: ból i cierpienie odsłaniają kruchość jego fizycznej kondycji, a niedostatek wiedzy zmusza go do zdania się na pomoc innych. W obliczu zagrożonego zdrowia lub życia bezradni pacjenci stają się niekiedy skłonni do obdarzania lekarzy niemal bezgranicznym zaufaniem (jak twierdzi M.A. Hall, lekarze bywają uważani za półbogów obdarzonych nadnaturalnymi zdolnościami²). Stawia to medyków przed podwójnie odpowiedzialnym zadaniem – zdaniem G. Mölleringa przysięga Hipokratesa miała na celu sformułowanie kanonu „dobrych praktyk” służących nie tylko

¹ Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

² Hall et al. [2001] s. 615.

wyleczeniu chorego, ale zadośćuczynieniu ogromnemu zaufaniu, jakie pokłada on w swoim lekarzu³.

Zarówno praktyka medyczna, jak i badania naukowe, potwierdzają, że zaufanie w relacjach medycznych sprzyja zdrowiu: pacjenci, którzy ufają swoim lekarzom częściej ich odwiedzają, chętniej ujawniają im szczegóły swojego złego samopoczucia, bardziej skrupulatnie stosują się do ich zaleceń i spokojniej przeżywają czas terapii, a lekarze, którzy ufają pacjentom, z większą uwagą przysłuchują się ich relacjom, potrafią lepiej zdiagnozować przyczyny choroby i trafniej dopasować odpowiednią, skrojoną na indywidualną miarę terapię⁴. Ponadto, zaufanie samo w sobie może pełnić rolę terapeutyczną (mówi się nawet o tzw. terapeutycznym zaufaniu – *therapeutic trust*): obdarzenie zaufaniem pacjenta może bowiem pomóc mu uwierzyć w jego własne możliwości wygrania z chorobą oraz zwiększyć jego samodzielność i skuteczność w radzeniu sobie z nią⁵.

Współczesne przemiany w medycynie i opiece zdrowotnej utrudniają zaufanie. A. Giddens winą za ten stan rzeczy obarcza działalność człowieka i wytwarzaną przez niego niepewność (*manufactured uncertainty*)⁶. Ze współczesnym – błyskawicznym rozwojem nauki związanych jest wiele paradoksów. Przykładowo: genetyka i genomika, które mają nadawać medycynie bardziej „spersonalizowany” charakter (jako podstawy tzw. P4 medicine – ‘*Personalized, Predictive, Preventive, Participatory*’), wzbudzają jednocześnie największe społeczne lęki, których istotą jest właśnie „odpersonalizowanie” medycyny – m.in. lęk przed dyskryminacją genetyczną, eugenetyką i genetycznym determinizmem. Dominujący we współczesnej filozofii kult nauk ścisłych, dyktuje sposób myślenia także w medycynie (*evidence-based medicine*) i opiece zdrowotnej (*evidence-based practice*)⁷. Z jednej strony niezaprzeczalnie przyczynia się to do ich rozwoju, a z drugiej, przez nadmierną racjonalizację, obciąża proces obdarzania rygorystycznym (a niemożliwym do zrealizowania) dążeniem do znalezienia ostatecznych dowodów cudzej wiarygodności⁸. Ambiwalentne skutki przyniosła również zmiana pozycji samego pacjenta: zasada autonomii i kres paternalistycznie ugruntowanej wiarygodności lekarza, a także dostępność innych źródeł wiedzy medycznej

³ Mollering [2006]

⁴ Hillen [2013]; Hall et al. [2001]; Kao [1998].

⁵ Anderson [1982].

⁶ Giddens [1990].

⁷ Smith [2005].

⁸ Por. Calnan, Rowe [2012].

(m.in. internetu) sprawiły, że pacjent, zyskawszy więcej niezależności i orientacji w świecie medycznym, stał się również bardziej nieufny i nastawiony roszczeniowo. Zdaniem D. Mechanica, największym zagrożeniem dla zaufania w opiece zdrowotnej jest jej postępująca komercjalizacja, która zmienia osobową relację między lekarzem i pacjentem w stosunki usługowe, przypominające umowy zawierane między przedsiębiorcą a klientem⁹.

Zarysowane powyżej przemiany społeczne i organizacyjne sprawiły, że proces narodzin zaufania w relacjach medycznych stracił swój dotychczasowy automatyzm i wymaga zarówno wysiłku argumentacyjnego po stronie lekarza, jak i poznawczej uważności po stronie pacjenta. Zaufanie nabrało warunkowego – refleksyjnego charakteru. Aby zaradzić deficytom zaufania w opiece zdrowotnej, niezbędne jest poznanie jego natury i warunków; w przeciwnym razie próby instytucjonalnego wzmocnienia zaufania mogą osiągnąć odwrotny skutek: wypierać zaufanie spontaniczne (efekt „*crowding out*”¹⁰). Dlatego w dwóch pierwszych rozdziałach zacznę od przyjrzenia się naturze zaufania od strony filozoficznej, aby następnie wykorzystać zdobytą wiedzę do analizy praktycznego kontekstu zaufania w opiece zdrowotnej (rozdział 3 i 4). Naczelnym celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy zaufanie ma wąski – kalkulacyjny charakter czy też bogatszy – altruistyczny. Pytanie to dotyka o wiele głębszego problemu – o sposób rozumienia natury ludzkiej, który nie pozostaje bez wpływu na kształt tworzonych przez człowieka instytucji.

2. Po co nam zaufanie?

„Przy całkowitym braku zaufania człowiek popadłby w katatonię, nie potrafiłby nawet wstać rano z łóżka”¹¹. To dobitne zdanie jednego z najbardziej wpływowych badaczy zaufania – R. Hardina, wbrew pozorom, nie zawiera w sobie przesady. Życie we współczesnym, „masowym” społeczeństwie, w którym każdego dnia jesteśmy zdani na korzystanie z usług niezliczonej liczby nieznanym nam osób (począwszy od dostawców energii elektrycznej, piekarzy i kierowców tramwajów, przez sąsiadów i współpracowników, po nauczycieli, dyrektorów zakładów pracy i członków rządów), bez minimalnej choćby dozy zaufania, zmieniłoby się w prawdziwie kafkowski labirynt.

Zaufanie jest sposobem radzenia sobie z nieuchronną niepewnością dotyczącą przyszłych stanów świata. Pozwala ono przerzucić pomost nad lękiem i za-

⁹ Mechanic [1996].

¹⁰ Por. Bohnet [2001].

¹¹ Hardin [1993] s. 519.

chować się tak, jak gdyby przyszłość była nie tylko znana, ale w dodatku miała ułożyć się po naszej myśli. Zaufanie jest odpowiedzią na problem ryzyka i jako takie – jak słusznie zauważa P. Sztompka – należy do dyskursu humanistycznego, nie przyrodniczego. Pojęcie „ryzyka” zastąpiło pojęcia „losu” czy „fortuny”, które należały do słownika „opatrznościowego”, dowodząc tym samym stale poszerzającej się strefy wpływów człowieka nad światem. Ta ostatnia zrodziła jednak nowe, nierzadko jeszcze większe niebezpieczeństwa od tych dekretowanych niegdyś wyrokami fortuny: zamiast katastrof naturalnych obawiamy się dziś wojny nuklearnej, w miejsce epidemii – użycia broni biologicznej, a nieokiełznane siły przyrody zastąpiła brutalna potęga terroryzmu. A. Baier w klasycznym dziś tekście na temat zaufania, wygłoszonym w ramach słynnych *Tanner Lectures on Human Values*, stwierdza, że zaufanie wiąże się z dyskrecjonalną władzą drugiego człowieka¹², a więc, mówiąc językiem klasycznej filozofii, z jego nieredukowalną i niemożliwą do skontrolowania wolnością.

Zaufanie jest bardzo ryzykownym sposobem radzenia sobie z cudzą wolnością, ponieważ owej wolności nie niszczy. Wręcz przeciwnie, rewersem zaufania jest stała i nieuchronna możliwość zdrady. Jak pisze włoska filozof M. Marzano:

Dzięki temu, że powierzam się drugiemu, mogę mieć nadzieję, że okaże się to dla niego wystarczającą motywacją, by nie zdradzić mojego zaufania, by okazać się go godnym. Jednocześnie jednak, sam fakt, że komuś ufam, sprawia, że mogę zostać przez niego rozczarowana i zdradzona. To właśnie dlatego, że powierzam się jego dobrej woli, daje mu możliwość wykorzystania mojej wrażliwości i zranienia mnie. Ludzkie zaufanie zawiera w sobie ziarno zdrady¹³.

M. Marzano wkłada wiele retorycznego wysiłku w odróżnienie zaufania od takich form współpracy, które nie wiążą się z otwarciem na innego (a więc jednocześnie możliwością zdrady) i jako takie niewiele zmieniają w światach „monad bez okien”. P. Sztompka z dużą przenikliwością przedstawia kilkustopniową drabinę ryzyka związanego z zaufaniem¹⁴. Stopień pierwszy i najbardziej podstawowy wiąże się jedynie z odczuciem żalu, że sprawy nie potoczyły się po naszej myśli i nie udało nam się osiągnąć celu, dla którego potrzebowaliśmy drugiej osoby; z każdym kolejnym stopniem ryzyka rośnie głębokość doznanego zranienia – na następnym stopniu możemy borykać się z poczuciem winy, że obdarzyliśmy za-

¹² Baier [1986].

¹³ Marzano [2012] s. 92.

¹⁴ Sztompka [2007].

ufaniem niewłaściwą osobę, aż wreszcie – na dalszym stopniu: doznać głębokiego uczuciowego zawodu, jeżeli zdrajcą była osoba, z którą łączyły nas cenne więzy emocjonalne.

Jeżeli zaufanie tak trudno osiągnąć, a na domiar złego nie niweczy ono ryzyka, lecz wręcz przeciwnie – pomnaża je, uzasadnione staje się pytanie, czy warto w ogóle zadawać sobie trud budowania relacji ufności. Chociaż wielu życiowych celów nie możemy osiągnąć w pojedynkę, istnieją inne metody kształtowania stosunków współpracy. P. Sztompka do funkcjonalnych substytutów zaufania zalicza m.in.: korupcję, nadzór i kontrolę, nadmierny legalizm, gettoizację, paternalizm oraz eksternalizację zaufania (np. wiarę w Unię Europejską czy NATO, przy braku zaufania do rządu własnego kraju). F. Fukuyama wszystkie te praktyki nazwa formami społeczeństwa opodatkowanego¹⁵, wyrażając tym samym dość trywialną prawdę, że brak zaufania jest kosztowny. Przykładowo: nie ma wątpliwości, że kontrahenci, którzy przychodzą na spotkanie biznesowe otoczeni armią sówicie opłacanych prawników, płacą wyższą cenę niż ci, którym do nawiązania owocnej współpracy wystarczy uścisk dłoni¹⁶. Jeszcze bardziej radykalną konsekwencją braku zaufania jest kontrola i przymus. Zjawiska te w najbardziej dosadny sposób objawiają daremność nieufności. Użycie przymusu wymaga bowiem nie tylko zaangażowania rozbudowanego „aparatu” organizacyjnego i nieustannej czujności, ale napotyka na aporię, wyrażoną słynnym pytaniem Juwenaliusa: *Quis custodiet ipsos custodes?* Zdanie to doskonale ilustruje dramat człowieka hobbesowskiego: ten, powodowany radykalną nieufnością wobec współobywateli, obdarza absolutnym zaufaniem państwo i jego funkcjonariuszy, zapominając, że składa się ono z takich samych jak Ci poprzedni „śmiertelników”; jego pesymistyczne przekonanie o skorumpowaniu natury ludzkiej, skrzyżowane z pragnieniem bezpieczeństwa, zmusza go to do stworzenia mechanizmów kontroli, a następnie meta-kontroli kontrolerów, co nieuchronnie prowadzi ad absurdum.

Paradoks kontroli objawia nam, że zaufanie jest warunkiem nawiązywania z innymi ludzkich, godnych stosunków. Wbrew znanej tezie R. Axelroda¹⁷, jakoby zaufanie miało być produktem ubocznym współpracy wywoływanej przez przypadkowy czynnik, wydaje się, że zaufanie, choćby w postaci załączkowej, jest teź współpracą warunkiem koniecznym¹⁸. Zaufanie, będąc ufundowane na ludzkiej wolności, wolność rozwija, a wraz z wolnością – kreatywność, wydajność i satys-

¹⁵ Fukuyama [1995].

¹⁶ Bernstein [2011].

¹⁷ Axelrode [1984].

¹⁸ Por. polemika D. Gambetty z R. Axelrodem w: Gambetta [1988].

fakcję czerpaną ze współpracy z innymi. Nie ma zatem nic zaskakującego w tym, że, w ocenie teoretyków kapitału społecznego, zaufanie powoduje wzrost ekonomiczny, stabilność rządu, sprawne funkcjonowanie instytucji państwowych, wzrost samorządności¹⁹, a przede wszystkim, nie mnożąc ponad potrzebę kosztownych zabezpieczeń (ani mechanizmów kontroli), czyni współpracę bardziej opłacalną.

3. Kalkulacja czy altruizm?

Być może właśnie fakt, że zaufanie tak bardzo się „opłaca” powoduje rosnącą popularność kalkulacyjnej koncepcji zaufania. Kalkulacyjna koncepcja zaufania wyrasta z nurtu teorii racjonalnego wyboru i zakładanej przez nią wizji natury ludzkiej. Zawiera ona w sobie dwa elementy – formalny i materialny²⁰. Pierwszy z nich głosi, że człowiek jest racjonalny w sensie instrumentalnym, a więc zna swoje preferencje, trafnie ocenia zyski i straty związane z dostępnymi sposobami realizacji swoich celów i wybiera te, które w najwyższym stopniu realizują jego zamierzenia. Element materialny wyznacza cel takiej doskonale racjonalnej jednostki, którym jest realizacja własnego interesu. Mówiąc krótko: człowiek jest egoistą. Jak te założenia przekładają się na koncepcję zaufania? Po pierwsze, jak głosi jeden z pionierów tego podejścia – James Coleman, zaufanie jest zakładem, w którym racjonalny człowiek ma prawo „postawić na zaufanie”, pod warunkiem że: „stosunek szans wygranej, w porównaniu do szans przegranej, jest większy niż stosunek strat do zysków”²¹. Dane, jakie należy wziąć pod uwagę przy obliczaniu tego stosunku, najlepiej czerpać z własnego doświadczenia i na tej podstawie obliczyć prawdopodobieństwo wiarygodności partnera (jak później stwierdzi R. Hardin, każdy człowiek jest „intuicyjnym bayesowcem”²²). Jeżeli nie posiadamy takich „empirycznych” danych, warto wziąć pod uwagę reputację danej osoby (najlepiej w oparciu o świadectwa innych „zaufanych” osób lub urzędową dokumentację). W tej kalkulacyjnej wersji zaufanie jest funkcją cudzej wiarygodności. Jeżeli jednak, jak powiada drugie obok doskonałej racjonalności założenie teorii racjonalnego wyboru, człowiek jest nieuleczalnym egoistą, to najlepszym gwarantem wiarygodności drugiej osoby jest jej własny interes. Rolę tego ostatniego podkreśla R. Hardin, twierdząc, że zaufanie jest formą zaze-

¹⁹ Zack, Knack [2001]; Rosenfeld, Messner, Baumer [2001]; Ingelhardt [1999].

²⁰ Załuski [2008].

²¹ Coleman [1990].

²² Hardin [2002].

biania się interesów (*encapsuated interest*), a więc taką sytuacją, kiedy w cudzym interesie leży działanie w moim interesie.

Takich sytuacji jest bardzo wiele w życiu społecznym, ponieważ niewiele jest celów, które możemy osiągnąć w pojedynkę – dyrektor szkoły musi zatrudnić nauczycieli, pracująca matka musi zdać się na pomoc opiekunki, człowiek chory musi udać się do lekarza. Problem pojawia się w przypadku działań nieprzewidywanych i supererogacyjnych – czy mam prawo liczyć na to, że opiekunka uratuje moje dziecko w sytuacji zagrożenia, a lekarz zleci mu dodatkowe, kosztowne badania lub podejmie inne „nadprogramowe” działanie tylko dlatego, że jego wynagrodzenie jest wystarczająco wysokie lub obawa utraty pracy na tyle realna, że nie opłaca mu się mnie zawieść? Zwolennicy teorii racjonalnego wyboru dopatrują się możliwości takich zachowań w oświeconym interesie własnym (*enlightened self-interest*). Owo „oświecenie” miałyby polegać na tym, że czyny, noszące znamiona altruizmu, byłyby w rzeczywistości powodowane interesem własnym, o tyle różnym, że rozpatrywanym w szerszej perspektywie (heroiczna opiekunka do dzieci lub wielkoduszny lekarz mogą spodziewać się, że zyskają sławę i powodzenie w całym mieście). Z tym uzasadnieniem można by się zgodzić, gdyby istotom ludzkim, zgodnie z klasycznymi założeniami teorii racjonalnego wyboru, rzeczywiście można było przypisać „racjonalność olimpijską”. Jednak, jak dowodzą empiryczne badania ludzkiego myślenia, nasze umysły nie dysponują takimi nieograniczonymi możliwościami – ludzie nie tylko nie potrafią trafnie ocenić obiektywnego prawdopodobieństwa, lecz mają problemy nawet z uporządkowaniem własnych preferencji, ich perspektywa wcale nie jest diachroniczna ani uniwersalna, lecz uciążliwie wąska i krótka; oceniają oni zjawiska w zależności od tego, jak zostaną im przedstawione oraz od miejsca, w którym sami się znajdują (*reference point*); zamiast dokonywać dogłębnej analizy matematycznej, posługują skrótami myślowymi (heurystykami), a w dodatku mają awersję do ryzyka. Badania, zapoczątkowane przez H. Simona, a kontynuowane m.in. przez D. Kahnemana i A. Tverskiego²³, z roku na rok ujawniają coraz więcej ograniczeń ludzkiej racjonalności, kwestionując tym samym zasadność elementu formalnego omawianej koncepcji. Inny zwolennik tej teorii, świadomy wszakże jej ograniczeń – J. Elster podkreśla niedostatki elementu materialnego. „Altruizm, zaufanie i solidarność są prawdziwymi zjawiskami i nie mogą być rozpuszczone w ultra-wyrafinowanych formach interesu własnego”²⁴.

²³ Kahneman, Tversky [1979].

²⁴ Elster [1984].

Altruistyczna koncepcja zaufania odrzuca oba elementy teorii racjonalnego wyboru (jej elementem formalnym jest ograniczona racjonalność, elementem materialnym – roztropny altruizm), jednak to właśnie motywacja moralna jest jej *differencia specifica* i ona pociąga za sobą przemiany w sposobie myślenia o drugim człowieku i ocenie zjawisk. Określenie „altruistyczne zaufanie” zawdzięczamy amerykańskiej politolog J. Mansbridge²⁵. Autorka twierdzi, że takie zaufanie jest darem. Zawiera ono bowiem w sobie pewną „nadwyżkę”, przysłowiowy „kredyt zaufania”, który zawsze udzielany jest trochę „na wyrost”. Owa nadwyżka nie ma uzasadnienia w takich czy innych gwarancjach cudzej wiarygodności (i w tym sensie jest „darmowa”). Naturę tego rodzaju zaufania autorka ilustruje na przykładzie zaufania do obcych: wyobraźmy sobie wieczorne przypadkowe spotkanie przechodniów – młodej kobiety i budzącego podejrzenia, czarnoskórego mężczyzny. Nawet jeśli, jak argumentuje myślicielka, myślenie według logiki prawdopodobieństwa nakazywałoby w niektórych sytuacjach przejście na drugą stronę ulicy, można zdecydować się nie mnożyć zabezpieczeń i podążać obok nieznanego przechodnia. Nie oznacza to propagowania postawy „ślepego zaufania” ani wystawiania się na nieuchronne zagrożenie (kiedy prawdopodobieństwo zadośćuczynienia naszemu zaufaniu spada poniżej pewnego poziomu przeradza się w nieroztropność), ale o zastosowanie zasady *in dubio pro fides*, czyli rozstrzygnięcie wątpliwości na korzyść drugiej osoby. Kantystycznie zorientowana autorka twierdzi, że ten rodzaj zaufania może być dobrem moralnym, pod warunkiem, że jego źródłem będzie dobrowolne przyjęcie i przestrzeganie podobnej reguły.

K. Jones uzupełnia ten racjonalistyczny schemat o niezbędny dla pełnego obrazu człowieka wymiar emocji. Warto wsłuchać się w słowa samej autorki: Ufność jest złożona z dwóch elementów – jednego kognitywnego i jednego afektywnego czy też emocjonalnego. (Używam pojęcia „afektywny” raczej niż „emocjonalny”, ponieważ stany afektywne mogą same w sobie zawierać istotną komponentę kognitywną). Z grubsza rzecz biorąc, ufać komuś oznacza być optymistycznie nastawionym co do jego dobrej woli i z pewnością spodziewać się, że kiedy zajdzie taka potrzeba, osoba, którą obdarzyliśmy zaufaniem będzie bezpośrednio i na naszą korzyść motywowana myślą, że liczymy na nią²⁶.

Trzy aspekty tej definicji zasługują na szczególną uwagę. Po pierwsze, sytuuje ona zaufanie na granicy między rozumowaniem a uczuciem. Nie ma w tym nic zaskakującego, jeżeli przyznać, że zaufanie nie jest działalnością teoretyczną, ale mniej

²⁵ Mansbridge [1999].

²⁶ Jones [1996] s. 5–6.

lub bardziej moralnym działaniem (co przyznawali nawet niektórzy z teoretyków racjonalnego wyboru, mówiąc o zaufaniu jako zakładzie), polegającym na zaangażowaniu w relację, a każda relacja zawiera w sobie z konieczności obydwa elementy – poznawczy i uczuciowy²⁷. Po drugie, autorka zwraca uwagę na fenomen, który mówiąc językiem współczesnej psychologii można nazwać „responsywnością” zaufania, a który polega na tym, że sama ufność złożona w drugim człowieku może okazać się wystarczającą motywacją, by jej zadośćuczynić (wiąże się ono bowiem z sądem o drugim człowieku jako godnym zaufania, który sprawia, że, nawet jeżeli wiele mu do niego brakuje, może on zechcieć dorosnąć do obrazu, którym odbija się w naszych oczach). I wreszcie, właściwym przedmiotem zaufania jest dobra wola drugiego człowieka. Na gruncie tej altruistycznej teorii – zaufanie, zamiast na sprzężeniu interesów, polega na sprzężeniu dobrej woli: z jednej strony bowiem, jak pokazała J. Mansbridge, wymaga ono od osoby obdarzającej zaufaniem dobrej woli udzielenia drugiemu kredytu zaufania; z drugiej strony, wymaga wiary w dobrą wolę powiernika, jako takiego, który nie zbezczerści dobra złożonego w jego rękach. Człowiek, w którym pokładamy zaufanie, pozostaje wolny, toteż żadna inna zewnętrzna gwarancja nie jest w stanie uchronić nas przed zdradą, lepiej niż „dobroć” jego woli – należy zatem zgodzić się z G. Simmelem, że zaufanie jest „afektywną, nawet mistyczną, «wiarą» człowieka w człowieka”²⁸.

4. Zaufanie w praktyce opieki zdrowotnej

Ulotna natura zaufania sprawia, że próba jego rozumowego pojęcia napotyka na podobne problemy, jak próba pojęcia czasu, opisana przez św. Augustyna w „Wyznaniach” – zaufanie (odpowiednio: czas) tym bardziej wymyka się naszej myśli, im bardziej próbujemy je uchwycić. Warto zatem wzbogacić refleksję filozoficzną o analizę procesu powstawania i utraty zaufania w praktyce. Zaufanie w opiece zdrowotnej jest szczególnie interesującym polem badań: obdarzamy nim bowiem zwykle osobę obcą, jednak czynimy to z siłą porównywalną do tego rodzaju ufności, jaki pokładamy w najbliższej rodzinie

²⁷ Nie ma tu miejsca na przywoływanie coraz bardziej popularnej i coraz lepiej potwierdzonej empirycznie kognitywnej teorii emocji (wg której emocje, a przynajmniej niektóre ich odmiany zawierają w sobie sąd racjonalny), wystarczy zwrócić uwagę na dokonywane przez D. Kahnemana i A. Tverskiego (za S. Epsteinem) rozróżnienie dwóch systemów przetwarzania informacji: pierwszego – szybkiego, automatycznego, niewymagającego wysiłku, skojarzeniowego i często obciążonego emocjonalnie oraz drugiego – powolniejszego, uporządkowanego, wymagającego wysiłku i kontrolowanego. Co istotne, systemy te nie są zawieszane w próżni i po kartezyjsku odseparowane od siebie, ale współdziałają ze sobą w ścisły sposób. Por. m.in. Kahneman [2003].

²⁸ Simmel [1950].

i przyjaciółach – na tym tle zaufanie ma szansę ukazać się w pełnej krasie. Przyczyn tego fenomenu należy szukać we wspomnianej we wstępie podwójnej fizycznej i psychicznej wrażliwości, która zmusza nas do poszukiwania pomocy u innych i sprawia, że łatwiej przychodzi nam zawierzenie drugiej osobie – w tym sensie choroba może okazać się szkołą zaufania dla tych, którym go brakuje.

W poniższym paragrafie przedstawię wyniki badań empirycznych poświęconych analizie relacji zaufania w kontekście medycznym. Począwszy od lat 90. ubiegłego wieku zaczęto podejmować próby „zmierzenia” zaufania w opiece zdrowotnej oraz ustalenia ich determinantów. Próby te zaowocowały stworzeniem kilku, w dużej mierze uzupełniających się skal zaufania w opiece zdrowotnej. Są to: *Trust in Physicians Scale*, autorstwa L.A. Anderson i R.F. Dederick²⁹, *Primary Care Assessment Survey*, autorstwa D.G. Safran³⁰, *Patient Trust Scale*, autorstwa A.C. Kao³¹, wyniki badań Wake Forest Team, które przyniosły *Wake Forest Physician Trust Scale* (WFPTS)³², a także bazująca na tej ostatniej *Trust in Oncologist Scale* (TiOS)³³, stworzona w specyficznym kontekście opieki nad pacjentami chorymi na raka oraz wyniki badań D. Mechanicka i współpracowników³⁴. Ich szczegółowe zestawienie i metateoretyczne omówienie można znaleźć u S. Pearson (et al.)³⁵, L. Gilson³⁶ oraz E. Müller³⁷. Osią poniższego przedstawienia będzie model nawiązywania relacji zaufania i jego determinantów, zaproponowany przez *Wake Forest Team*. Na tle innych modeli wyróżniają go bowiem dwie istotne zalety: po pierwsze, został on sprawdzony w różnych kontekstach zdrowotnych – w opiece podstawowej (*primary care*)³⁸, w odniesieniu do ogólnego zaufania do lekarzy³⁹, a także w kwestii zaufania do ubezpieczycieli⁴⁰; po drugie, został przyjęty za podstawę TiOS oraz, co szczególnie istotne, potwierdzony w kontekście europejskim⁴¹. Przedstawienie to zostanie uzupełnione o wyniki pozostałych z wymienionych

²⁹ Anderson, Dederick [1990].

³⁰ Safran [1998].

³¹ Kao [1998a, 1998b].

³² Hall et al. [2001, 2002a, 2002b].

³³ Hillen et al. [2012a].

³⁴ Mechanic et al. [2000].

³⁵ Pearson et al. [2000].

³⁶ Gilson, Goudge [2005].

³⁷ Müller [2014].

³⁸ Hall et al. [2002b].

³⁹ Hall et al. [2002a].

⁴⁰ Zhang et al. [2002].

⁴¹ Hillen et al. [2012b].

wyżej badań. Paragraf ten jest podzielony na 3 części, przedstawiające kolejno: a) definicje zaufania, które pochodzą od samych pacjentów (zaletą większości przedstawianych badań jest bowiem to, że oddają głos samym pacjentom, uzupełniając ich swobodne wypowiedzi (*open-ended interview*) o badania kwestionariuszowe) b) determinanty zaufania, przedstawione według wymienionych wyżej skal oraz wyników ich metateoretycznych analiz c) opis procesu powstawania zaufania, który pozwoli rozstrzygnąć, czy decyzja o obdarzeniu kogoś zaufaniem jest „racjonalnym wyborem” czy raczej międzyosobową więzią.

A) DEFINICJE

W relacji pacjentów przebadanych przez *Wake Forest Team* zaufanie rozumiane jest jako optymistyczna akceptacja własnej wrażliwej kondycji, która umożliwia choremu wiarę w troskliwą opiekę sprawowaną nad nim przez lekarza: „*trust is the optimistic acceptance of a vulnerable situation in which the truster believes the trustee will care for the truster's interests*”⁴². Tym, co umożliwia optymistyczną akceptację własnej wrażliwości (wiarę, że „wszystko będzie dobrze”) jest wiara w dobrą wolę lekarza (przypomnijmy: wg G. Simmela zaufanie jest „wiarą człowieka w człowieka”). Właściwym przedmiotem zaufania nie są spodziewane rezultaty, ale „motywacje” i „intencje” (należy przy tym odróżnić je od satysfakcji, której źródłem jest ocena działania lekarza *ex post*; zaufanie skierowane jest zawsze ku przyszłości). Zaufanie nie może być zatem zredukowane do „liczenia na kogoś”; oznacza ono raczej wiarę w to, że nasz interes leży drugiej osobie na sercu. Dlatego powyższej zacytowaną definicję możemy uzupełnić o kolejną, pochodzącą z badania R.E. Ashcrofta i współpracowników: zaufanie jest wiarą, że doktor działa w najlepszym interesie pacjenta („*the belief that a doctor is working in the patient best interest*”⁴³) lub, jak sugestywnie ujął to jeden z pacjentów przebadanych przez zespół D. Mechanica, zaufanie oznacza przekonanie, że: „Mój lekarz rodzinny... Nie znam go wystarczająco dobrze, ale mam nadzieję, że zdobędę wiarę, że będzie o mnie walczył”⁴⁴ („*My primary care physician...I don't know him well enough, (but) I would hope I could have enough confidence that he would fight for me*”).

B) WYMIARY ZAUFIANIA

Zespół *Wake Forest Team* wśród determinantów zaufania wymienia: dobrą wiarę/wolę (*fidelity*), kompetencje (*competence*), uczciwość (*honesty*), poufność (*confidentiality*) i ogólne zaufanie (*global trust*)⁴⁵. Podobne wyniki uzyskała M. Hillen⁴⁶,

⁴² Hall et al. [2001] s. 615.

⁴³ Ashcroft et al. [2006] s. 2.

⁴⁴ Mechanic, Meyer [2000] s. 663.

⁴⁵ Hall et al. [2001] s. 621.

która zdaje relację z 45 najciekawszych, zróżnicowanych pod względem metodologicznym, badań przeprowadzonych w latach 1988–2008. Trzy główne, najczęściej powtarzające się w wypowiedziach pacjentów, elementy zaufania to: troska o pacjenta (*patient-centred behaviour*), kompetencje techniczne (*technical competence*) i uczciwość (*honesty*). We własnych badaniach M. Hillen, pacjenci wymieniali podobne czynniki: dobrą wiarę/wolę (*fidelity*), kompetencję (*competence*) i uczciwość (*honesty*), a także dodatkowy aspekt – troskę (*caring*)⁴⁷. Model D. Mechanic i S. Meyer jest bogatszy – przebadani przez nich pacjenci wymienili następujące elementy: umiejętności interpersonalne (*interpersonal competence*), kompetencje techniczne (*technical competence*), odpowiedzialność za pacjenta (*agency/fiduciary responsibility*), kontrolę (*control*), poufność (*confidentiality*), prawdomówność (*disclosure*)⁴⁸.

„*Fidelity*”, pochodzące od łacińskiego *fides* (wiara, zaufanie), i występujące często w złożeniu „dobra wiara” (*bona fides*), można oddać właśnie przez analogie do tej ostatniej, często domniemywanej w stosunkach prawnych, dobrej wiary lub dobrej woli. M.A. Hall i współpracownicy definiują ją jako „działanie w najlepszym interesie pacjenta, niewykorzystywanie jego wrażliwego położenia („*pursuing a patient's best interests and not taking advantage of his or her vulnerability*”⁴⁹). W ujęciu badaczy tak rozumiana dobra wola ma dwa wymiary: jednej strony polega ona na odpowiedzialności lub lojalności (w terminologii D. Mechanic *agency/fiduciarity*) w stosunku do pacjenta; z drugiej obejmuje wymiar troski (*caring*) i szacunku (*respect*). Ten ostatni element szczególnie podkreślali pacjenci chorzy na raka, dla których badania medyczne niejednokrotnie wiążą się z naruszeniem intymności i stwarzają potencjalnie upokarzające sytuacje – w ocenie tej grupy pacjentów, lekarze wzbudzali największe zaufanie, jeżeli z szacunkiem odnosili się do ich autonomii i prywatności⁵⁰. W badaniu D. Mechanic i S. Meyer, wśród umiejętności personalnych, określanych też mianem troski lub współczucia, na czołową pozycję wysuwała się umiejętność słuchania: „Myślę, że potrzebuję kogoś, kto będzie słuchał... kogoś, kto spojrzy na mnie jak na osobę, a nie statystykę czy numer, kogoś, kto pokaże, że mnie rozumie, kto jest delikatny i troszczy się”⁵¹. Takie indywidualne traktowanie, troska i szacunek świadczą o dobrej wierze leka-

⁴⁶ Hillen [2013]

⁴⁷ Hillen et al. [2012b].

⁴⁸ Mechanic, Meyer [2000].

⁴⁹ Hall et al. [2001] s. 621.

⁵⁰ Seetharamu et al. [2007].

⁵¹ Mechanic, Meyer [2000] s. 662.

rza i pozwalają mieć nadzieję, że w ostatecznej sytuacji będzie on walczył o dobro pacjenta (podejście za niego odpowiedzialność: *agency/fiduciarity*) – w tym miejscu oba wymiary dobrej woli, wymienione przez M.A. Hall zazębiają się. Ten ostatni – wymiar odpowiedzialności najbardziej sugestywnie oddają badania A.C. Kao, przedstawiające relacje między zaufaniem a metodami finansowania opieki zdrowotnej⁵². W jego ujęciu, zaufanie, zdobywane dzięki trosce i indywidualnemu podejściu, oznacza wiarę, że w razie konfliktu interesu pacjenta i rozliczeń finansowych, wynikających z planu zdrowotnego, lekarz będzie walczył o dobro pacjenta.

Pod pojęciem kompetencji technicznych pacjenci nie rozumieją umiejętności posługiwania się nowymi technologiami (ta, jak pokazują badania E. Montague⁵³, jest wtórna w stosunku do ogólnej oceny kompetencji lekarza), ale wiedzę, doświadczenie i dokładność medyka – wszystko to, co decyduje o jego profesjonalizmie. M.A. Hall i in. zdecydowanie odróżniają zaufanie od wiarygodności (*trust versus trustworthiness*), przy czym ta ostatnia mierzona jest poziomem zawodowych kompetencji lekarza. Ich zdaniem, możliwe jest obdarzenie zaufaniem troskliwego lekarza o niedostatecznych kompetencjach, i odmówienie zaufania nawet najbardziej kompetentnemu, lecz obojętnemu lekarzowi⁵⁴. W świetle innych badań, takie stwierdzenie wydaje się zbyt daleko idące – np. w badaniach M. Hillen okazało się, że przekonanie o kompetencjach lekarza jest presupozycją zaufania. Wprawdzie pacjenci, niepytani, rzadko spontanicznie wymieniali kompetencje medyczne jako istotny warunek zaufania, jeżeli jednak zostali zapytani *explicite* o rolę tego czynnika, wskazywali na jego doniosłą wagę („*But I think that eventually it....this is the most important [aspect of trust]....that's what it's all about, whether a physician can help you or not....whether she is expertly*”⁵⁵). Medyczne kompetencje lekarza są milcząco zakładane, bez nich zaufanie im okazywane byłoby nieroztropne. Niemniej, M.A. Hall i współpracownicy mają rację, twierdząc, że samo zaufanie jest czymś więcej niż tylko pozytywną oceną kompetencji lekarza, to nie owa ocena wiarygodności decyduje o jakości relacji zaufania między lekarzem a pacjentem, i nie ona nadaje jej emocjonalny koloryt.

Uczciwość (*honesty*), w ujęciu *West Forest Team*, obejmuje prawdomówność i unikanie umyślnego wprowadzania w błąd. Przypadki nieuczciwości są różnorakie – mogą polegać np. na celowym nieprzyznawaniu się do własnego błędu lub

⁵² Kao et al. [1998b].

⁵³ Montague [2012].

⁵⁴ Hall et al. [2001] s. 616.

⁵⁵ Hillen et al. [2011b] s. 394.

niewiedzy, jak również na przekazywaniu fałszywych informacji odnośnie do prawdziwego stanu chorego i jego szans na wyzdrowienie. Ważną rolę w budowaniu zaufania odgrywa nie tylko fakt udzielenia prawdziwych informacji, lecz sposób ich udzielenia przez lekarza, o ile jego styl komunikacji jest otwarty i szczerzy. Jeden z pacjentów tak opisuje proces narodzin swojego zaufania do lekarza: „Wydaje mi się, że zaobserwowałem, że różnych ludzi traktuje odmiennie. I że poświęciła czas, tak jak inni lekarze, na odkrycie tego, kim naprawdę jestem. I jak im się to już udało, mogliśmy rozmawiać ze sobą otwarcie, a to jest to, skąd przychodzi zaufanie”⁵⁶.

Poufność (*confidentiality*) polega na ochronie i właściwym używaniu poufnych oraz intymnych informacji. Według relacji pacjentów przebadanych przez M. Hillen jest to jednak czynnik drugorzędny⁵⁷. Być może dzieje się tak dlatego, że jak stwierdza M.A. Hall, poufność jest często zakładana przez pacjentów. To kryterium zyskuje jednak dużą wagę w przypadku „uwrażliwionych” grup społecznych – np. pacjentów zakażonych wirusem HIV, pacjentów chorych psychicznie lub obciążonych chorobami genetycznymi⁵⁸.

Pojęcie ogólnego zaufania (*global trust*), w ocenie jego autorów – M.A. Hall i współpracowników, ma spełniać przede wszystkim funkcje wyrażania tego, co nie wyrażalne, oddawać ducha zaufania (*soul of trust*), a więc holistycznie ujmować te elementy, których nie da się opisać innymi terminami.

C) PROCES NAWIĄZYWANIA RELACJI ZAUFANIA

Jak zostało stwierdzone powyżej, zaufanie nie może być zredukowane do „polegania na” kimś i pozytywnej oceny jego wiarygodności; jest to raczej rodzaj otwarcia, wystawienia się na zranienie (*vulnerability*), umożliwianego przez wiarę w dobrą wolę drugiej osoby w stosunku do nas. Co pozwala nam zyskać przekonanie o dobrej woli drugiej osoby? Czy potrzeba do tego moralnego radaru? Jak uzupełnić racjonalną ocenę kompetencji lekarza o „emocjonalną jakość”? C. Smith, brytyjska pielęgniarka i filozof, porównuje ze sobą te dwa modele – model pewności i model zaufania, osadzając je w kontekście aktualnych przemian w opiece zdrowotnej. W jej ujęciu decyzja o obdarzeniu kogoś zaufaniem odbywa się według innej logiki niż ta, charakterystyczna dla analizy cudzej wiarygodności oraz kalkulacji zysków i strat – logiki wartości (jest „*value-rational*”⁵⁹). Autorka przestrzega przed nadmierną promocją „pewności” w organizacji systemu zdrowia

⁵⁶ Mechanic, Meyer [2000] s. 661–662 [tłum. – A.G.].

⁵⁷ Hillen et al. [2012b] s. 395.

⁵⁸ Hall et al. [2001] s. 623.

⁵⁹ Smith [2005] s. 302.

(np. przez mnożenie regulacji zabezpieczeń, zbyt sztywne modele zarządzania, docenianie wyłącznie kompetencji technicznej lekarzy), który może wypierać autentyczne zaufanie, rodzące się w przestrzeni relacji międzyludzkich. Jak ważne są te ostatnie pokazuje poniżej omawiane badanie A. Howson i J. Brownlie⁶⁰, które jest tym bardziej cenne, że nie przedstawia procesu powstawania zaufania in abstracto, lecz umieszcza je na tle współczesnego kryzysu zaufania w opiece zdrowotnej, a co więcej przedstawia sposoby radzenia sobie z nim.

„Nie ufam już tak, jak kiedyś”⁶¹. To zdanie jednego z respondentów badania, przeprowadzonego w 1999 i 2001 przez szkocki instytut Health Education Board for Scotland (HEBS)⁶², umieszcza zaufanie w interesującym kontekście społecznym. Celem studium było poznanie stosunku rodziców dzieci w wieku szkolnym do szczepionek MMR (szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce). Stosunek ten wymagał analizy ze względu na opublikowanie w 1998 r. w czasopiśmie *Lancet* danych wskazujących na rzekomy związek między podawaniem szczepionek a rozwojem autyzmu i chorobą Leśniowskiego-Crohna. Dyskusje wokół tej publikacji sprawiły, że szczepienie dzieci straciło swój zrutynizowany charakter i wielu rodziców zostało postawionych przed kłopotliwym pytaniem: „szczepić czy nie szczepić?”. A. Howson i J. Brownlie⁶³ wykorzystały dane zgromadzone w kwestionariuszowych badaniach HEBS do przedstawienia procesu powstawania i utraty zaufania w opiece zdrowotnej.

Analiza relacji badaczek pozwala zaobserwować interesujące zjawisko: rodzice byli rozdarci między dwoma sprzecznymi tendencjami. Z jednej strony wielokrotnie podkreślali potrzebę znalezienia „dowodu”, „czystego faktu”, informacji, która nie byłaby „zinterpretowana” i pozwoliłaby im wreszcie uciszyć wątpliwości oraz wydać spokojną decyzję o zaszczepieniu dziecka. Potrzeba ta świadczy nie tylko o głębokim kryzysie zaufania, lecz także o wpływie współczesnego prymatu naukowej „obiektywności”. Z drugiej strony, rodzice byli świadomi ograniczeń wiedzy naukowej. Jeden z nich w dobitny sposób wyraził przepaść, jaka istnieje między obiektywną a subiektywną oceną prawdopodobieństwa: „Ale statystyki nie są dobre, jeśli jesteś rodzicem dziecka, ponieważ to jest jedno na milion. Myślę, że statystyki mają niewielkie znaczenie z punktu widzenia logiki: «Chcę chronić moje dziecko»”⁶⁴. Mimo pogoni za „czystym faktem” i gorącz-

⁶⁰ Brownlie, Howson [2005].

⁶¹ Martin et al. [2001].

⁶² Od 2003 r. NHS Health Scotland.

⁶³ Brownlie, Howson [2005].

⁶⁴ Ibidem, s. 226 [tłum. A.G.].

kowemu poszukiwaniu pewności, czynnikiem, który ostatecznie pozwalał rodzicom zaufać nie były dane naukowe, ale rozmowy z ludźmi. Proces zawieszania wątpliwości następował w „permanentnym dialogu” z przedstawicielami służby zdrowia, rodzicami, znajdującymi się w podobnej sytuacji, znajomymi. Jak zauważają badaczki, „intrygującym” zjawiskiem był fakt, że rodzice poszukiwali relacji poufałości (*familiarity*) z profesjonalistami, aby móc im zaufać. Przykładowo, jedna z osób stwierdziła, że „zyskałaby wiarę w swojego lekarza rodzinnego, jeżeli powiedziałby jej «cóż, ja zaszczepiłem wszystkie moje dzieci»”⁶⁵, inna wydała decyzje o niezaszczepieniu dziecka dopiero po rozmowie z sąsiadką, lekarzem pediatrą, która nie zaszczepiła własnych dzieci.

Definicja, wymiary (determinanty) i proces nawiązywania relacji zaufania potwierdzają słuszość altruistycznej koncepcji zaufania. Warto przypomnieć, że składa się ona zarówno z elementu kognitywnego, jak i afektywnego (moralnego), a jego *differentia specifica* jest wiara w dobrą wolę drugiej osoby. W przedstawionych badaniach pacjenci poszukiwali obu tych aspektów. Brali oni pod uwagę kompetencje techniczne lekarza (konieczne, by można było mówić o zaufaniu roztropnym), jednak czynnikiem, który sprawiał, że czuli się bezpiecznie, była dobra wola i troska lekarza, pozwalająca im zaufać, że będzie on walczył o interesy swoich podopiecznych. Badania pokazały, że zaufanie jest procesem, który rodzi się w jego relacji z pacjentem, umożliwianej przez szczerą rozmowę, empatię i wzajemny szacunek. Umożliwia ono pacjentowi otwarcie się na współpracę z lekarzem i optymistyczną akceptację własnej wrażliwości.

5. Zaufanie a nowe technologie medyczne

W tym kontekście warto zadać pytanie: w jaki sposób nowe technologie medyczne wpływają na tak rozumiane międzyludzkie (altruistyczne) zaufanie, które, zgodnie z tym, co zostało stwierdzone powyżej, nie może być zredukowane do pozytywnej oceny kompetencji lekarzy i innych pracowników służby zdrowia? Czy rozwój technologiczny ma na nie jakiś wpływ, czy są to raczej zjawiska całkowicie odrębne? Odpowiadając na te pytania, warto odróżnić dwa rodzaje zaufania – zaufanie międzyludzkie oraz zaufanie do instytucji oraz odpowiednio – bezpośredni wpływ rozwoju nowych technologii na poziom zaufania do lekarzy oraz ich wpływ pośredni, który dokonuje się poprzez zaufanie do instytucji. Relacje między nimi nie są jednoznaczne: z jednej strony bowiem zaufanie międzyludzkie może utrzymywać się na wysokim poziomie przy jednoczesnym niskim poziomie zaufania instytucjonalnego. Sytuacja taka ma miejsce w amerykańskiej

⁶⁵ Ibidem, s. 231 [tłum. A.G.].

opiece zdrowotnej, w której, jak wynika z badań poziomu zaufania w kilkudziesięciu państwach (m.in. USA, Niemcy, Polska, Japonia, Turcja), amerykańscy pacjenci darzą zaufaniem swoich lekarzy (USA zajęło 3 miejsce pod względem satysfakcji z ostatniej wizyty u lekarza) przy jednoczesnym braku zaufania do służby zdrowia jako instytucji (miejsce 24 pod względem ogólnego „publicznego” zaufania do lekarzy)⁶⁶. Z drugiej strony jednak, możliwość jednoczesnego występowania obok siebie międzyludzkiego zaufania i instytucjonalnej nieufności nie zmieniają faktu, że oba rodzaje zaufania są ze sobą powiązane. Jak słusznie zauważa A. Giddens⁶⁷, zaufanie do systemów eksperckich kształtuje się w styczności z „punktami dostępu”, a więc osobami, które reprezentują te systemy, i, vice versa, system opieki zdrowotnej, a więc całokształt rozwiązań legislacyjnych organizacyjnych, niewątpliwie wpływa na metody pracy lekarzy i ogólną atmosferę w zakładach opieki zdrowotnej. To ostatnie zjawisko szczególnie wyraziście pokazują wspomniane już badania A.C. Kao i współpracowników⁶⁸, przeprowadzone również w realiach amerykańskich, które pokazują, że sposób finansowania usług zdrowotnych wpływa na poziom zaufania do lekarzy (pacjenci najbardziej wierzyli, że ich lekarz przedłoży troskę o ich zdrowie i samopoczucie nad zobowiązania kosztorysu planu zdrowotnego, w przypadku, kiedy płacili bezpośrednio za konkretną usługę (*fee-for-service* – FFS). Przykład badania A.C. Kao wyraziście ilustruje pośredni sposób oddziaływania rozwoju technologicznego na zaufanie do lekarzy – w tym przypadku nowe technologie wpływają najpierw na rozwiązania organizacyjne w systemie np. na sposób finansowania opieki zdrowotnej, a przez to kształtują zaufanie do tej instytucji, co wtórnie wpływa na poziom zaufania do lekarzy. Dowodzenie tezy, że rozwój technologiczny poprawia jakość świadczonych usług zdrowotnych, a tym samym pozytywnie wpływa na poziom zaufania do lekarzy, byłoby zdaniem trywialnym. W poniższych rozważaniach skupię się zatem na kwestii możliwego negatywnego wpływu nowych technologii na zaufanie w służbie zdrowia, wyróżniając przy tym jego odmianę bezpośrednią i pośrednią.

Bezpośredni wpływ nowych technologii związany jest z naturą systemów eksperckich. Ilustruje go opisane powyżej badanie A. Howson i J. Brownlie⁶⁹, w którym zaobserwowano rozdarcie między standardem obiektywności wytwarzanym (lecz niezaspokajalnym) przez naukę oraz poszukiwaniem pewności

⁶⁶ Blendon et al. [2014].

⁶⁷ Giddens [1990].

⁶⁸ Kao [1998b].

⁶⁹ Brownlie, Howson [2005].

w relacjach z lekarzami. Rozdarcie to świadczy o nieświadomym i nieuprawnionym rozciągnięciu logiki naukowej „obiektywności” na potoczny styl myślenia i oceny zjawisk. Dążenie to jest o tyle niebezpieczne, że wraz z rozrostem systemu „wiedzy eksperckiej”, wiedza ta staje się proporcjonalnie mniej dostępna dla ogółu społeczeństwa, co skazuje nas na obdarzanie zaufaniem wąskiej grupy, zwykle całkowicie nieznamy, specjalistów. A. Giddens, opisując system wiedzy eksperckiej, mówi o zjawisku „wytwarzanej niepewności”⁷⁰ (*manufactured uncertainty*). Określenie to zwraca uwagę na wspomniany już wcześniej fakt mnożenia ryzyka przez działanie człowieka, który, po okiełznaniu naturalnych zagrożeń (sił przyrody, katastrof naturalnych, epidemii), paradoksalnie wytwarza ich o wiele więcej, poddając do pewnego stopnia przewidywalną naturę swemu z definicji nieprzewidywalnemu działaniu. Ryzyko związane ze współczesnymi technologiami staje się, za sprawą ich samych (np. technologii informacyjnych), bardziej uświadomione i powoduje szereg mniej lub bardziej racjonalnych lęków w społeczeństwie. Pochodzącym z innej dziedziny, lecz bardzo sugestywnym przykładem takiego lęku jest szeroko dyskutowane zjawisko „strachu przed lataniem”, który nie jest uzasadniony prawdopodobieństwem wypadków lotniczych, lecz raczej jego wizualną – bardzo spektakularną i silnie oddziałyującą na wyobraźnię stroną⁷¹.

Stosunek wiedzy eksperckiej i zaufania międzyludzkiego jeszcze bardziej wyraziście obrazują rezultaty badania M. Solbjor⁷², przeprowadzonego przy okazji norweskiego narodowego programu walki z rakiem piersi, w ramach którego grupy kobiet w wieku 50–69 lat poddały się bezpłatnemu badaniu mammografii. Zaletą badania Solbjor była jego metoda: przeprowadzono zogniskowany wywiad grupowy, kobiety знаły się i prowadziły swobodne rozmowy na tematy związane z badaniem, nowymi technologiami, raku piersi, przy czym nigdy nie zadano wprost pytania o zaufanie – temat ten często sam wypływał z dyskusji. Badanie przyniosło interesujące odkrycie: kobiety darzyły technologię mammografii zaufaniem ze względu na jej wizualny charakter, co wpisuje się w „wirtualny” charakter naszej epoki oraz omawiane wcześniej poszukiwanie naukowej obiektywności – kobiety traktowały zdjęcie jako nośnik prawdy. Były one jednak świadome, że zdjęcie wymaga interpretacji przez lekarza. Nie było to dla nich problemem dopóty, dopóki lekarz poświęcał wystarczającą ilość czasu i uwagi na badanie. Jednak w chwili, kiedy kobiety czuły się potraktowane jak „numerek w kolejce”,

⁷⁰ Giddens [1990].

⁷¹ Greenspan [1980].

⁷² Solbjor [2008].

traciły zaufanie nie tylko do lekarza, ale i do samej technologii i zaczynały rozmawiać o wykonaniu dodatkowych np. ultrasonograficznych badań. Po raz kolejny potwierdza to tezę, że źródłem zaufania są relacje międzyludzkie, które, jak się okazuje, odgrywają na tyle doniosłą rolę, że zaufanie do technologii jest wobec nich wtórne. Można stąd wysnuć wniosek, że wpływ nowych technologii na poziom zaufania w opiece zdrowotnej może być negatywny o tyle, o ile zastępuje międzyludzką zażyłość, zdając pacjentów na trudny do przebycia labirynt wiedzy eksperckiej. Jeżeli jednak nowe technologie, zamiast zastępczego, mają charakter uzupełniający w stosunku do bardziej tradycyjnych form diagnozy, ich wpływ pozostaje jednoznacznie pozytywny. Jak pokazało badanie A. Howson i J. Brownlie⁷³, rodzice szukali pewności w nauce, będąc jednocześnie przekonanymi, że nie zdobędą jej przez statystyki i usiłując rekompensować sobie ów brak poszukiwaniem relacji zażyłości z lekarzami („twarzą w twarz”). W tym sensie zaufanie międzyludzkie może posłużyć jako remedium na niedostatki zaufania do instytucji.

Rezultaty analizy A. Howson i J. Brownlie⁷⁴ mogą być potraktowane jak punkt wyjścia także do analizy przyczyn kryzysu zaufania instytucjonalnego w opiece zdrowotnej. W ostatecznym rozrachunku bowiem ankietowani rodzice winą za kryzys zaufania bardziej niż naukę czy „systemy eksperckie” obarczali rząd. Niemniej głębszym powodem kryzysu była komercjalizacja stosunków zdrowotnych – głównym zarzutem wobec rządu było to, że tworzy on programy zdrowotne, motywowane interesami koncernów farmaceutycznych bardziej niż troską o zdrowie dzieci. D. Mechanic⁷⁵ stawia podobną diagnozę: jego zdaniem wzrost liczby instytucji, działających wyłącznie *for-profit* (zarówno po stronie usługodawców – szpitale, przychodnie, kliniki, jak i płatników – prywatnych ubezpieczycieli) oraz komercyjna agresywność „przemysłu medycznego” powodują najpoważniejsze zagrożenia dla zaufania w medycynie. Zmiana modelu zarządzania instytucjami zdrowotnymi na „menadżerski” sprawia, że główne decyzje są podejmowane przez osoby, których wiedza medyczna jest ograniczona, a główne motywy działania sprowadzają się do dbałości o ekonomiczny zysk.

Sposób zarządzania instytucjami medycznymi nie pozostaje bez wpływu na jakość świadczonych usług. Pracownicy niemieckich szpitali, z których coraz więcej zostaje sprywatyzowanych⁷⁶, zwracają uwagę, że zmiana modelu zarzą-

⁷³ Brownlie, Howson [2005].

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Mechanic [1996].

⁷⁶ W 1992 tylko 15% niemieckich szpitali działało *for-profit*, w 2010 było ich już 32.9%. Por. Green, Irving [2013].

dzania prowadzi do zaniedbania właściwej, skoncentrowanej na człowieku (*human orientierte*) pomocy lekarskiej na rzecz rozbudowanej działalności administracyjnej i dążenia do spełnienia wygórowanych wymogów dbałości o efektywność kosztową. Niemieccy medycy stowarzyszeni w Bundesärztekammer⁷⁷ wyliczają takie negatywne skutki współczesnej „ekonomizacji medycyny”: utrata lekarskiej niezależności i specyfiki służby lekarza, którą jest leczenie, a nie kalkulacja kosztów, spadek lojalności i identyfikacji lekarzy z placówką, w której pracują i wreszcie upośledzenie jakości opieki nad pacjentem. Podobne obawy, związane z modernizacją angielskiego NHS, wyraża C. Smith twierdząc, że reformy, dokonywane z pominięciem dbałości o edukację etyczną środowiska medycznego, zmieniają opiekę w usługę i pacjenta w konsumenta, a takie stosunki nie pozostawiają miejsca dla zaufania i autentycznej troski⁷⁸. Warto zauważyć, że reformy systemów zdrowotnych, wśród których najważniejsze to reforma systemu holenderskiego w 2006 r., zmiany systemie w irlandzkim z 2004 i niemieckim z 2007 r. oraz przekształcenia brytyjskiego NHS, powodowane są stałym wzrostem kosztów opieki zdrowotnej. Organizacja European Observatory on Health Systems and Policies⁷⁹ wśród głównych przyczyn stałego wzrostu kosztów służby zdrowia wymienia: starzenie się europejskich społeczeństw, innowacje medyczne i zmiany technologiczne. W tym sensie postęp technologiczny wywiera – pośrednio – negatywny wpływ na poziom zaufania w opiece zdrowotnej. Warto jednak pamiętać, że również i w tym przypadku remedium na ogólny kryzys zaufania może być zaufanie do lekarzy. W odpowiedzi na wspomniany powyżej fenomen niskiego poziomu publicznego zaufania, skorelowanego z wysoką satysfakcją z usług poszczególnych lekarzy R.J. Blendon zaleca, aby lekarze jako grupa zawodowa wzięli odpowiedzialność za wprowadzone rozwiązania systemowe⁸⁰. Raz jeszcze potwierdza to doniosłość spontanicznego, „oddolnego” zaufania i jego centralnej roli w kształtowaniu zaufania na innych – także instytucjonalnych poziomach.

⁷⁷ Bundesärztekammer [2007].

⁷⁸ Smith [2005].

⁷⁹ Thomson, Foubister, Mossialos [2009].

⁸⁰ Blendon et al. [2014]: “Nevertheless, because the United States is such an outlier, with high patient satisfaction and low overall trust, we believe that the American public's trust in physicians as a group can be increased if the medical profession and its leaders deliberately take visible stands favouring policies that would improve the nation's health and health care, even if doing so might be disadvantageous to some physicians”.

5. Podsumowanie

Mimo że nigdy do takiej polemiki nie doszło, można wyobrazić sobie dyskusję dwóch badaczek zaufania O. O'Neill i K. Jones. Ta pierwsza wyraziła pogląd, że możliwe jest zaufać lekarzowi wyłącznie na mocy samych jego kompetencji medycznych, bez względu na to, czy wierzymy, że nasz interes „leży mu na sercu”⁸¹. K. Jones stawia tezę przeciwną⁸². Jej zdaniem, aby można było mówić o zaufaniu do lekarza, potrzebujemy dostrzec jego dobrą wolę względem nas samych, a więc taki rodzaj przychylności, który motywowany jest nie tylko ogólną prawością charakteru lekarza, lecz także naszymi własnymi oczekiwaniami i pokładanemu w medyku zaufaniu – a więc taki, który rodzi się w naszej z nim relacji. Spór ten wyraża istotę różnicy między „liczeniem na kogoś” lub „poleganiem na kimś” (*reliability*), a zaufaniem w pełnym znaczeniu tego słowa, lub innymi słowy – zaufaniem kalkulacyjnym a altruistycznym. Badania empiryczne przedstawione w tej pracy przesądzają spór na korzyść K. Jones. Same kompetencje „techniczne” lekarza są warunkiem koniecznym roztropnego zaufania, nigdy jednak jego warunkiem wystarczającym. Aby można mówić o zaufaniu, potrzeba wiary w dobrą wolę lekarza, skierowaną wobec każdego z pacjentów indywidualnie (nie jako jednego z wielu – „numerku w kolejce”). Dopiero taka postawa lekarza pozwala pacjentowi na akceptację własnej wrażliwości i otwartą relację z medykiem. Relacja ta może okazać się remedium na kryzys zaufania do służby zdrowia jako instytucji.

Warto o tym pamiętać w toku przeprowadzania reform opieki zdrowotnej. W innym miejscu O. O'Neill ze zdumieniem stwierdziła, że:

[...] deklarowane publiczne zaufanie do nauki, a nawet medycyny osłabło pomimo sukcesów, pomimo zwiększonych wysiłków, aby uszanować osoby i ich prawa, pomimo ostrzejszych norm ochrony środowiska i pomimo faktu że problemy ekologiczne są traktowane o wiele poważniej niż kilka lat temu⁸³.

Podobne paradoksalne skutki przyniosły wspomniane reformy niemieckiego i brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej, które miały na celu podniesienie efektywności kosztowej i sprawności technologicznej z pominięciem wymiaru jakościowego i etycznego służby zdrowia. Dzieje się tak dlatego, że dbają one jedynie o jedną – kognitywną stronę zaufania i zwiększenie przewidywalności systemu. Harwardzka badaczka I. Bohnet przestrzega przed takim działaniem. Jej

⁸¹ O'Neill [2002] s. 13.

⁸² Jones [1996] s. 10.

⁸³ O'Neill [2002] s. 11.

badania⁸⁴ dokonywane przy użyciu instrumentarium teorii gier dowodzą, że nadmierny legalizm czy ekscesywna kontrola (nazwane przez Sztompkę substytutami zaufania, a przez Fukuyamę – formami podatku) zwiększają współpracę tylko w krótkiej perspektywie, w dłuższej natomiast prowadzą do wypierania spontanicznego, altruistycznego zaufania, które o wiele bardziej niż wyrafinowane kalkulacje, leży w naturze ludzkiej. Jak pisał Bruno Frey „Konstytucje dla nikiemników, wypierają cnoty obywatelskie”⁸⁵. Jeżeli wziąć pod uwagę tezę D. Mechanica⁸⁶, że służba zdrowia jest soczewką, przez którą możemy oglądać (i kształtować) ogólny poziom zaufania w państwie, przestroga ta powinna być potraktowana ze szczególną uwagą.

Bibliografia

- Anderson [1982] – A.D. Anderson, *Therapeutic trust*, „Journal of Chronical Disease” (35) 198, s. 817–820.
- Anderson, Dedrick [1990] – L.A. Anderson, R.F. Dedrick, *Development of the Trust in Physician Scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships*, „Psychological Reports” (67) 1990, s. 1091–1100.
- Ashcroft et al. [2006] – R.E. Ashcroft, B. McKinstry, J. Car, et al., *Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors*, „Cochrane Database of Systematic Reviews” (3) 2006.
- Axelrode [1984] – R. Axelrode, *The evolution of cooperation*, Basic Books, New York 1984.
- Baier [1986] – A. Baier, *Trust and antitrust*, „Ethics” 96 (2) 1986, s. 231–260.
- Bernstein [2011] – L. Bernstein, *Private Commercial Law in the Cotton Industry: Creating Cooperation through Rules, Norms, and Institutions*, „Michigan Law Review” 99 (7) 2011, s. 1724–1790.
- Blendon et al. [2014] – R.J. Blendon, J.M. Benson, M.A., J.O. Hero, *Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective*, „The New England Journal of Medicine” (371) 2014, s. 570–1572, DOI: 10.1056/NEJMp1407373.
- Bohnet, Frey, Huck [2001] – I. Bohnet, B.S. Frey, S. Huck, *More Order with Less law: On Contract Enforcement, Trust and Crowding*, „American Political Science Review” (95) 2001, s. 131–144.
- Brownlie, Hawson [2005] – J. Brownlie, A. Howson, *'Leaps of faith' and MMR: An Empirical Study of Trust*, „Sociology” SAGE Publications 39 (2), s. 221–239.
- Bundesärztekammer [2007] – Bundesärztekammer, *Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland Folgen für die ärztliche Tätigkeit Voraussetzungen, Wirkungen, Konsequenzen und Potenziale aus ärztlicher Sicht*, Berlin 2007.

⁸⁴ Bohnet, Frey [2001].

⁸⁵ Frey [1997].

⁸⁶ Mechanic [1996].

- Calnan, Rowe [2012] – M. Calnan, R. Rowe, *Trust relations in health care – the new agenda*, „European Journal of Public Health” 2012, s. 4–6.
- Calnan, et al. [2004] – M. Calnan, D. Montaner, R. Horne, *How acceptable are innovative health-care technologies? A survey of public beliefs and attitudes in England and Wales*, „Social Science and Medicine” (60) 2004, s. 1937–1948.
- Coleman [1990] – J. Coleman, *Foundations of social theory*, Cambridge, Harvard University Press 1990.
- Elster [1984] – J. Elster, *Ulysses and the Sirens: Studies in Rationality and Irrationality*, revised edition, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Frey [1997] – B.S. Frey, *Not Just for the Money An Economic Theory of Personal Motivation*, Edward Elgar Publishing, 1997.
- Fukuyama [1995] – F. Fukuyama, *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, Free Press, New York 1995.
- Gambetta [1988] – D. Gambetta, *Can we trust trust?*, [w:] *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, D. Gambetta (red.), Basil Blackwell, Oxford 1998, s. 213–237.
- Giddens [1990] – A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1990.
- Gilson, Goudge [2005] – L. Gilson, J. Goudge, *How trust can be investigated? Drawing lessons from past experience*, „Social Science & Medicine” (61) 2005, s. 1439–1451.
- Green, Irvine [2013] – D. Green, B. Irvine, *Healthcare Systems: Germany*, Civitas, 2013.
- Greenspan [1980] – P. Greenspan, *A Case of Mixed Feelings: Ambivalence and the Logic of Emotion*, [w:] *Explaining Emotions*, A.O. Rorty (red.), University of California Press, 1980, s. 223–250.
- Hall et al. [2001] – M.A. Hall, E. Dugan, B.Y. Zheng, A.K. Mishra, *Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?*, „Milbank Quarterly” (79) 2001, s. 613–639.
- Hall et al. [2002a] – M.A. Hall, F. Camacho, E. Dugan, R. Balkrishnan, *Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues*, „Health Services Research” 37 (5) 2002, s. 1419–1439.
- Hall et al. [2002b] – M.A. Hall, B. Zheng, E. Dugan, et al., *Measuring patient’s trust in their primary care providers*, „Medical Care Research Review” 59 (3) 2002, s. 293–318.
- Hardin [2002] – R. Hardin, *Trust and Trustworthiness*, Russell Sage, New York 2002.
- Hardin [1993] – R. Hardin, *The street-level epistemology of trust*, „Politics and Society” 21 (4) 1993, s. 505–529, [w:] P. Sztompka, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Znak, Kraków, 2007.
- Hillen [2013] – M.A. Hillen, *Cancer patients’ trust in their Oncologist*, Academic Medical Center, University of Amsterdam 2013.
- Hillen et al. [2012a] – M.A. Hillen, C.C.E. Koning, J.W. Wilmink, et al., *Assessing cancer patients’ trust in their oncologist: development and validation of the Trust in Oncologist Scale (TiOS)*, „Support Care Cancer” 20 (8) 2012, s. 1787–1795.
- Hillen et al. [2012b] – M.A. Hillen, A.T. Onderwater, M.C.B. van Zwieten, et al., *Disentangling cancer patients’ trust in their oncologist: a qualitative study*, „Psycho-oncology” 21 (4) 2012, s. 392–399.

- Inglehart [1999] – R. Inglehart, *Trust, Well-being and Democracy*, [w:] *Democracy and Trust*, M.E. Warren (red.), Cambridge University Press, Cambridge 1999.
- Jones [1996] – K. Jones, *Trust as an affective attitude*, „Ethics” (107) 1996, s. 4–25.
- Kahneman [2003] – D. Kahneman, *Maps of Bounded Rationality: A Perspective on Intuitive Judgment and Choice*, „American Psychologist” 56 (9) 2003.
- Kahneman, Tversky [1979] – D. Kahneman, A. Tversky, *Prospect Theory: An Analysis of Decisions Under Risk*, „Econometrica” 47 (2) 1979, s. 263–291.
- Kao et al. [1998a] – A.C. Kao, D.C. Green, N.A. Davis, et al., *Patients' trust in their physicians - Effects of choice, continuity, and payment method*, „Journal of General Internal Medicine” (13) 1998, s. 681–686.
- Kao et al. [1998b] – A.C. Kao, D.C. Green, A.M. Zaslavsky, et al., *The relationship between method of physician payment and patient trust*, „JAMA” 280 (19) 1998, s. 1708–1714.
- Mansbridge [1999] – J. Mansbridge, *Altruistic Trust*, [w:] *Democracy and Trust*, M.E. Warren (red.), Cambridge University Press, Cambridge 1999, s. 290–309.
- Martin et al. [1999] – C. Martin, A. MacGregor, L. Jones, *An investigation of the Views of Parents and Professionals in Relation to MMR Vaccination*, Edinburgh: Scottish Health Feedback, [w:] J. Brownlie, A. Howson, *'Leaps of faith' and MMR: An Empirical Study of Trust*, „Sociology” SAGE Publications 39 (2) 1999, s. 221–239.
- Marzano [2012] – M. Marzano, *Qu'est ce que la confiance?*, RIHME „Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme” (1) 2012, s. 83–96.
- Mechanic [1996] – D. Mechanic, *Changing Medical Organization and the Erosion of Trust*, „The Milbank Quarterly” 74 (2) 1996, s. 171–189.
- Mechanic, Meyer [2000] – D. Mechanic, S. Meyer, *Concepts of trust among patients with serious illness*, „Social Science and Medicine” (51) 2000, s. 657–668.
- Möllering [2006] – G. Möllering, *Trust, Reason, Routine, Reflexivity*, Elsevier, Oxford 2006.
- Montague [2012] – E. Montague, *Trust in technology-mediated collaborative health encounters: Constructing trust in active and passive user interactions with technologies*, „Ergonomics” 55 (7) 2012, s. 752–761.
- Müller et al. [2014] – E. Müller, J.M. Zill, J. Dirmaier, et al., *Assessment of Trust in Physician: A Systematic Review of Measures*, PLoS One „Public Library of Science” 9 (9) 2014, DOI: 10.1371/journal.pone.0106844.
- O'Neill [2002] – O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002.
- Pearson et al. [2000] – S.D. Pearson, L.H. Raeke, *Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few MeasureOs, and Little Data*, „The Journal of General Internal Medicine” 15 (7) 2000, s. 509–513.
- Rosenfeld, Messner, Baumer [2001] – R. Rosenfeld, S. Messner, E. Baumer, *Social Capital and Homicide*, „Social Forces” 80 (1) 2001, s. 283–309.
- Safran et al. [1998] – D.G. Safran, M. Kosinski, A.R. Tarlov, *The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance*, „Medical Care” (36) 1998, s. 728–739.
- Seetharamu [2007] – N. Seetharamu, U. Iqbal, J.S. Weiner, *Determinants of trust in the patient-oncologist relationship*, „Palliative and Supportive Care” (5) 2007, s. 405–409.

- Smith [2005] – C. Smith, *Understanding Trust and Confidence: Two paradigms and Their Significance for Health and Social Care*, „Journal of Applied Philosophy” 22 (3) 2005, s. 299–316.
- Solbjor [2008] – M. Solbjor, *You Have to Trust in Those Pictures. A Perspective on Women's Experiences of Mammography Screening*, [w:] J. Brownlie, A. Greene, A. Howson, *Researching Trust and Health*, Routledge, New York 2008, s. 54–71.
- Simmel [1950] – G. Simmel, *The Sociology of Georg Simmel*, Free Press, New York 1950, [w:] G. Mollering, *Trust, Reason, Routine, Reflexivity*, Elsevier, Oxford 2006.
- Sztompka [2007] – P. Sztompka, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Znak, Kraków 2007.
- Thomson, Foubister, Mossialos [2009] – S. Thomson T. Foubister, E. Mossialos, *Financing health care in the European Union*, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
- Zak, Knack [2001] – P. Zak, S. Knack, *Trust and Growth*, „Economic Journal” (111) 2001.
- Załoski [2008] – W. Załoski, *Człowiek jako homo oeconomicus*, [w:] *System prawny a porządek prawny*, O. Bogucki, S. Czepita (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008, s. 297–315.
- Zheng et al. [2000] – B. Zheng, M.A. Hall, E. Dugan, et al., *Development of a scale to measure patients' trust in health insurers*, „Health Services Research” 37 (1) 2002, s. 187–202.