

RYSZARD SZARFENBERG^a

MIĘDZY PERSPEKTYWĄ POTRZEB A PERSPEKTYWĄ WOLNOŚCI W DIAGNOZIE SPOŁECZNEJ

BETWEEN NEEDS AND FREEDOM PERSPECTIVES ON SOCIAL DIAGNOSIS

Social diagnosis forms the foundation for shaping social policy. Within the Polish context, it involves a clash between the traditional needs-based (NB) approach and the newer capability approach (CA), which emphasizes freedom and agency. The aim of the article is to theoretically reconstruct and contrast these two approaches in relation to the diagnostic process, considering the perspectives of both residents and diagnosticians themselves. The methodology comprises theoretical analysis (drawing on Szatur-Jaworska, Sen, and Claassen, amongst others) and a qualitative content analysis of two examples of Polish diagnostic literature differing in character: an empirical diagnostic report and a methodological guide. This analysis illustrates how elements of both paradigms (NB and CA) manifest themselves in research practice and methodological recommendations. The results indicate the continued dominance of the NB paradigm, which concentrates on infrastructural and service deficits. Simultaneously, significant elements characteristic of the CA approach were identified in both types of documents analysed, such as an emphasis on participation, freedom of choice, and the need to consider psychological and cultural barriers. Conclusions: The analysis reveals a tension between tradition and the pursuit of empowerment within Polish social diagnosis. It is suggested that integrating the CA perspective, potentially enriched by insights from behavioural sciences (e.g. the concept of boosting), could contribute to the development of diagnostic practices that enhance the real agency of residents and diagnosticians.

Keywords: social policy; social diagnosis; needs; capability approach; participation

Diagnoza społeczna stanowi fundament kształtowania polityki społecznej. W polskim kontekście ścierają się w niej tradycyjne ujęcie oparte na potrzebach (NB) oraz nowsza perspektywa realnych możliwości wyboru (*capability approach*), akcentująca wolność i sprawczość. Celem artykułu jest teoretyczna rekonstrukcja i skontrastowanie obu tych podejść w odniesieniu do procesu diagnozowania, uwzględniając perspektywę zarówno mieszkańców, jak i samych diagnostów. Metodologia obejmuje analizę teoretyczną (m.in. Szatur-Jaworska, Sen, Claassen) oraz jakościową analizę treści dwóch różniących się charakterem przykładów polskiego piśmiennictwa diagnostycznego: raportu z diagnozy empirycznej oraz poradnika metodycznego. Analiza ta służy zilustrowaniu, jak elementy obu paradygmatów manifestują się w praktyce badawczej i zaleceniach metodycznych. Wyniki wskazują na dominację paradygmatu NB, koncentrującego się na deficytach infrastruktury.

^a University of Warsaw, Poland / Uniwersytet Warszawski, Polska
r.szarfenberg@uw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-4238-8336>

turalno-usługowych. Jednocześnie w obu analizowanych dokumentach zidentyfikowano istotne elementy charakterystyczne dla podejścia zorientowanego na możliwości, takie jak nacisk na partycypację, wolność wyboru oraz potrzebę uwzględniania barier psychologicznych i kulturowych. Analiza ukazuje przykłady napięcia między tradycją a dążeniem do upodmiotowienia w polskiej diagnozie społecznej. Integracja perspektywy możliwości, potencjalnie wzbogacona o wnioski z współczesnych nauk behawioralnych, może przyczynić się do rozwoju praktyk diagnostycznych wzmacniających realną sprawczość mieszkańców i diagnostów.

Słowa kluczowe: polityka społeczna; diagnoza społeczna; potrzeby; podejście oparte na możliwościach (*capability approach*); partycypacja

I. WSTĘP

Niniejszy artykuł podejmuje temat diagnozowania w polityce społecznej z perspektywy dwóch nurtów teoretycznych: tradycyjnego podejścia opartego na potrzebach oraz koncepcji możliwości i wolności wyboru (*capability*) wywodzącej się z prac Amartyi Sena, a rozwijanej m.in. przez Rutgera Claassena oraz Jeana-Michela Bonvina i Francesco Laruffę.

Rozważania koncentrują się na polskim kontekście diagnostycznym, w którym – jak wskazuje Barbara Szatur-Jaworska – nadal przeważa paradygmat potrzeb. Artykuł ukazuje, w jaki sposób oba podejścia wpływają na praktykę i metodologię diagnozowania oraz formułowania rekomendacji w polityce społecznej. Uwzględnione zostały między innymi zagadnienia paternalizmu, barier społeczno-psychologicznych oraz możliwości realnego współdecydowania przez obywateli w różnych rolach (mieszkańców, diagnostów).

Pod względem metodologicznym tekst łączy tradycyjną analizę teoretyczną z jakościową analizą dwóch różnych dokumentów z zakresu diagnozy społecznej: raport dotyczący usług społecznych dla osób starszych w gminach wiejskich oraz poradnik metodyczny poświęcony prowadzeniu diagnoz potrzeb i potencjałów w zakresie usług społecznych. Wybór pierwszego dokumentu podyktowany jest tym, że jego redaktorka jest zarówno teoretyczką diagnozy w kontekście polityki społecznej, jak i zajmuje się diagnozami empirycznymi. Drugi dokument reprezentuje inny rodzaj literatury diagnostycznej – przewodniki metodologiczne do przeprowadzania diagnoz. Jednocześnie oba dokumenty łączy problematyka usług społecznych. Dokumenty poddano kodowaniu, pozwalającemu wyodrębnić treści wskazujące na podejście zorientowane na potrzeby oraz elementy charakterystyczne dla realnych możliwości wyboru.

W opracowaniu wykorzystano narzędzia sztucznej inteligencji (SI), a konkretnie duży model językowy OpenAI. Sztuczna inteligencja wspierała proces pisania, generując między innymi fragmenty tekstu według wytycznych i dostarczonych źródeł, proponując zestawienia tabelaryczne cech obu modeli, kody do analizy jakościowej oraz ich zastosowanie do kodowania. Treści i zestawienia generowane przez AI były następnie weryfikowane, uzupełniane i korygowane przez autora, który odpowiada za ostateczny kształt koncepcji,

zakresu i strukturę treści, doboru źródeł i interpretacji wyników analiz. Autor korzystał więc z asystenta naukowego, którym była SI.

W kolejnej części (II) artykułu przedstawiono ramy teoretyczne uwzględniające koncepcję Barbary Szatur-Jaworskiej, definiującą istotę polityki społecznej przez pryzmat potrzeb, a także krytykę tego podejścia przez Sena. Uwzględniono też nowsze ujęcia realnych możliwości wyboru rozwijane przez takich autorów, jak Claassen (2018) czy Bonvin i Laruffa (2018). Ci ostatni proponują interpretować jednostki w polityce społecznej jednocześnie jako: potrzebujących, podmiot działania oraz oceniającego sędziego. Zaspokojenie potrzeb stanowi więc tylko jeden z elementów definiujących model człowieka w polityce społecznej. Równie ważne są bowiem podmiotowość i wolność oraz realny wpływ na proces kształtowania usług i działań. Następnie artykuł (część III) przedstawia dwa modelowe ujęcia diagnozowania: model oparty na potrzebach, koncentrujący się na lukach i niedoborach usług oraz model inspirowany realnymi możliwościami wyboru, uwzględniający partycypację, bariery mentalne, faktyczną sprawczość oraz współdecydowanie. W dalszej części (IV) omówiono wyniki jakościowej analizy dwóch dokumentów diagnostycznych. W wyniku analizy kodów zidentyfikowano fragmenty świadczące o przewadze perspektywy potrzeb, ale też mówiące o wolności wyboru oraz współuczestnictwa mieszkańców. Ostatnia część (V) wprowadza dodatkową perspektywę nauk behawioralnych. Akcentuje ona, że zarówno mieszkańcy-odbiorcy usług, jak i diagności czy decydenci podlegają różnym czynnikom poznawczym, emocjonalnym, społecznym i kulturowym. Z perspektywy podejścia opartego na realnej wolności ważne jest, by w diagnozowaniu dostrzegać te mechanizmy. Pytanie, „czego brakuje?”, nie wystarcza, trzeba też zapytać, „dlaczego ludzie mogą unikać usług lub akceptować *status quo* mimo niskiej jakości życia?”. W naukach behawioralnych prowadzi to do dyskusji o nowym typie narzędzi kształtowania zachowań nazywanych zbiorczo architekturą wyboru (Haber i Olejniczak, 2014).

II. ISTOTA POLITYKI SPOŁECZNEJ: PODEJŚCIE INDYWIDUALISTYCZNE I KOLEKTYWISTYCZNE

Odpowiedź na pytanie o diagnozowanie w polityce społecznej wymaga najpierw namysłu nad pojęciem polityki społecznej. Barbara Szatur-Jaworska (2014) zarysowuje dwie koncepcje jej istoty – indywidualistyczną i kolektywistyczną. Z perspektywy indywidualistycznej autorka wskazuje, że „istotą polityki społecznej jest kreowanie i respektowanie dobra człowieka, a zatem badania naukowe powinny być podporządkowane odpowiedzi na pytanie, czy polityka społeczna służy temu dobru (politycy społeczni oceniają w tym kontekście głównie zaspokajanie potrzeb przez jednostki)” (s. 302). Zgodnie z tym ujęciem dobro człowieka w kontekście polityki społecznej jest ujmowane w kategoriach zaspokojenia jego potrzeb, co stanowi podstawę do diagnoz w tym paradygmacie.

Szatur-Jaworska (2014) podkreśla, że perspektywa indywidualistyczna, skupiona na dobru jednostki poprzez zaspokajanie potrzeb, znajduje odzwierciedlenie w dominującym podejściu w polskiej nauce o polityce społecznej. Autorka stwierdza, że „większość polskich badaczy polityki społecznej podziela pogląd, że podstawowym, najważniejszym przedmiotem badań nauki o polityce społecznej są potrzeby, ich rodzaje i stan zaspokojenia oraz celowe przekształcenia struktury społecznej” (s. 32). To stwierdzenie umacnia hipotezę o dominacji podejścia opartego na potrzebach w polskiej tradycji rozumienia polityki społecznej.

Perspektywa kolektywistyczna została opisana w źródle jako „sztuka zarządzania życiem społecznym i kreowania dobrze funkcjonującego społeczeństwa (polityków społecznych interesuje kształtowanie struktur społecznych i instytucji)” (Szatur-Jaworska, 2014, s. 302). Diagnoza, w tym ujęciu, skupia się na analizie i ocenie procesów rządzenia i zarządzania społeczeństwem. Tak jak różne mogą być definicje dobra jednostki i jej życia, podobnie jest z rozumieniem tego, jak ma być dobrze zorganizowane i rządzone społeczeństwo (państwo). Jeśli jednak dobrobyt to zaspokojenie potrzeb, to każda koncepcja dobrze urządnego państwa powinna je uwzględniać (Walzer, 2007, s. 113). W ten sposób dochodzimy do drugiego kluczowego dla polityki społecznej pojęcia – państwa dobrobytu, czyli takiego, które dba o zaspokojenie potrzeb obywateli i mieszkańców. Robi to na podstawie wiedzy płynącej z diagnoz społecznych.

W konsekwencji diagnoza polityki społecznej, operująca w takim paradygmacie, koncentruje się na identyfikacji i analizie niezaspokojonych potrzeb mieszkańców, traktując je jako kluczowy wskaźnik dobrostanu jednostek i społeczności. Zgodnie z podejściem Szatur-Jaworskiej (2014) taka diagnoza dąży do ustalenia, w jakim stopniu polityka społeczna służy dobru człowieka poprzez zaspokajanie jego potrzeb, co może obejmować analizę dostępności i adekwatności usług socjalnych, zdrowotnych, edukacyjnych, transportowych, a także infrastruktury technicznej, z uwzględnieniem specyficznych barier i utrudnień charakterystycznych dla diagnozowanych obszarów. Podejście to, osadzone w polskiej tradycji badań nad polityką społeczną, stanowi punkt odniesienia analizy i projektowania interwencji społecznych.

Ujęcie polityki społecznej w kategoriach dobra, jako zaspokojenia potrzeb, oraz państwa odpowiedzialnego za ich zaspokajanie na podstawie badań diagnostycznych napotyka jednak krytykę. Pomijamy tu bardziej radykalne krytyki państwa, które w ogóle uwzględnia w swoich celach maksymalizację dobrobytu (np. Gaus, 1998).

Sen (1984, s. 513–515) poddaje krytycznej analizie podejście do rozwoju oparte na potrzebach, wskazując na jego redukcjonistyczny charakter. Argumentuje, że definiowanie potrzeb w kategoriach towarów i usług stanowi problematyczne uproszczenie. Pomija ono złożoną relację między dobrami a możliwościami przekształcenia ich w wartościowe aktywności i stany, co wskazuje na mniej lub bardziej ograniczony wybór sposobu życia. Koncentracja na lukach czy braku czegoś, charakterystyczna dla diagnozy opartej na potrzebach,

nieadekwatnie oddaje rzeczywisty dobrostan, ignorując współzależność potrzeb i społeczeństwa oraz wymiar deprywacji relatywnej. Ponadto Sen krytykuje ukierunkowanie tego podejścia na zaspokajanie standardów minimum potrzeb, co ogranicza perspektywę polityki społecznej jedynie do podstawowego poziomu dobrostanu. Pomija to dążenie do rozwoju pełnego potencjału jednostki i wzmacniania jej pozytywnej wolności.

Sen (1984), akcentując wolność wyboru sposobu życia, daje wyraz sceptycznemu podejściu do paternalistycznego określania potrzeb przez ekspertów i zaspokajania tak zdefiniowanych potrzeb przez państwo. Jego koncepcja była jednak również krytykowana za paternalizm przez Claassena (2014). Claassen (2018) argumentuje, że celem jest umożliwienie ludziom dokonywania wolnych i autonomicznych wyborów, a nie narzucanie im konkretnego sposobu życia. Kluczowe jest rozróżnienie między zdolnościami (potencjałem) i funkcjonowaniem (realizacją tego potencjału). Interwencja państwa jest uzasadniona tylko w przypadku „miękkiego paternalizmu”, gdy ktoś nie jest w stanie dokonać autonomicznego wyboru (np. z powodu braku kompetencji lub manipulacji), a nie, gdy po prostu dokonuje wyborów, z którymi się nie zgadzamy. Ważne jest odróżnienie braku kompetencji, adaptacyjnego wyboru (najlepszy wybór w złych warunkach) od adaptacyjnej preferencji (zniekształconej przez manipulację). Chodzi o stworzenie warunków do wolnego wyboru. Interwencja może obejmować różne działania, niekoniecznie przymus, a w pewnych przypadkach uzasadnia stosowanie wymogu współpracy ze strony obywateli. Podobnie Aleksander Ostapiuk (2024) stwierdza, że teoria Sena i libertariański paternalizm są bardziej przyjaciółmi niż wrogami. Mimo że pozornie wydają się przeciwstawne, łączy je fundamentalny cel – poprawa ludzkiego życia przy zachowaniu autonomii jednostki.

Potrzeby, sprawczość oraz uczestnictwo uwzględnia koncepcja Bonvina i Laruffy (2018), którzy podkreślają, że każdy człowiek ma trzy wzajemnie powiązane wymiary: jest zarazem potrzebującym (*receiver*), podmiotem działania (*doer*) oraz oceniającym sędzią (*judge*). W pierwszym wymiarze człowiek potrzebuje wsparcia i ochrony; w drugim – akcentuje się jego sprawczość i aktywność; w trzecim kluczowe staje się prawo do oceniania i współdecydowania o tym, co jest wartościowe. W rezultacie polityka społeczna zorientowana na realne możliwości wyboru nie powinna ograniczać się jedynie do wzmacniania sprawczości, lecz także do poszerzania sfery współdecydowania, rozumianej jako przestrzeń do refleksji, krytycznej oceny i uczestnictwa we wspólnym projektowaniu polityki społecznej.

Możemy podsumować ten punkt artykułu w następujący sposób. Istota polityki społecznej w indywidualistycznym i kolektywistycznym podejściu ujmowana jest w paradygmacie potrzeb. Dobro człowieka definiowane jest poprzez potrzeby, które można naukowo badać, a rolą państwa jest ich zaspokajanie. Takie podejście wpływa na to, jak rozumiane jest i prowadzone diagnozowanie dobra jednostek i dobrego rządzenia w ogóle. Ma ono jednak również słabe strony. W kolejnej części uwzględnimy krytyczne argumenty, aby skonstruować dwa modelowe podejścia do diagnozowania społecznego.

III. MODELOWE PODEJŚCIA DO DIAGNOZOWANIA SPOŁECZNEGO

Poniżej przedstawiono dwa modele diagnozowania w polskiej polityce społecznej. Pierwszy z nich – w paradygmacie potrzeb – koncentruje się głównie na identyfikacji braków i niedoborów infrastrukturalno-usługowych. Drugi został zainspirowany krytyką Sena (1984) oraz jego koncepcją realnych możliwości wyboru. Podejścia te zostały zrekonstruowane do postaci uproszczonych modeli, które zastosowane do złożonej rzeczywistości pozwolą ją lepiej poznać.

1. Podejście oparte na potrzebach

W tradycyjnym podejściu do rozpoznawania potrzeb w gminach analiza koncentruje się przede wszystkim na ustalaniu obszarów niedostatku infrastruktury społecznej i świadczeń. Przykładem może być niedobór transportu publicznego, ograniczony dostęp do usług opiekuńczych czy niewystarczająca liczba placówek ochrony zdrowia. Podstawowym celem takiej diagnozy jest zmierzenie różnicy między stanem aktualnym (w zakresie infrastruktury, zasobów i usług) a standardem wyznaczonym jako pożądany bądź minimalnie wystarczający.

Z perspektywy mieszkańców podejście takie koncentruje się na określeniu, czego brakuje w życiu codziennym: jakie usługi są niedostępne, co wymaga poprawy lub rozbudowy. W tym ujęciu przyjmuje się kryterium minimalnie zaspokojonej potrzeby, co prowadzi do procedury sprawdzania, czy gmina i jej mieszkańcy spełniają ustalone wymogi w zakresie usług (np. zapewniają określoną liczbę pracowników socjalnych, asystentów rodziny itp. w przeliczeniu na liczbę mieszkańców). W praktyce diagnoza w tym modelu bywa prowadzona przez lokalne władze gminne lub zewnętrznych ekspertów, którzy na podstawie danych statystycznych tworzą listę najważniejszych braków do uzupełnienia i barier w tym zakresie.

Jednocześnie ci, którzy diagnozują (diagności) – urzędnicy gminni, pracownicy jednostek usług społecznych czy eksperci zewnętrzni – mają swoje własne potrzeby warunkujące przeprowadzenie diagnozy i jej jakość. W modelu opartym na potrzebach oznacza to przede wszystkim, że zespół prowadzący diagnozę musi dysponować odpowiednimi zasobami (budżetem, czasem, kompetencjami, dostępem do danych), aby rzetelnie rozpoznać skalę niedoborów w gminie. Jeśli tych zasobów brakuje (np. nie ma wystarczających funduszy na przeprowadzenie badań w terenie, brakuje osób z odpowiednimi kwalifikacjami, narzędzi do analizy danych), zidentyfikowane potrzeby mieszkańców mogą być opisane pobieżnie, a diagnoza jest niepełna i podatna na błędy. Taka sytuacja prowadzi do kolejnych luk, ponieważ brak kompetencji lub zasobów diagnostycznych staje się barierą w samym procesie rozpoznawania deficytów, które dotyczą mieszkańców.

W modelu diagnozy opartej na potrzebach można wyróżnić kilka etapów. Najpierw gromadzi się dane o liczbie osób w różnych kategoriach (wiek, płeć,

sytuacja materialna), o występowaniu określonych problemów i dostępności usług społecznych. Następnie porównuje się te informacje z przyjętymi standardami (np. liczbą opiekunów środowiskowych na określoną liczbę seniorów czy dostępnością lekarza rodzinnego w promieniu kilku kilometrów).

W kolejnym kroku, po porównaniu stanu faktycznego z wymogami czy standardami, identyfikuje się luki, takie jak niedobór pracowników i/lub etatów w służbach społecznych czy brak autobusów dowożących mieszkańców do placówek. We wnioskach wskazywane są bariery odpowiedzialne za istniejące braki oraz formułowane konkretne działania naprawcze (np. utworzenie nowych świetlic wiejskich, rozszerzenie usług transportowych czy zwiększenie zatrudnienia w sektorze pomocy społecznej). Również na tym etapie diagnozujący mają określone potrzeby – choćby współpracy z innymi instytucjami, które wdrożą rekomendacje. W przypadku gdy taka współpraca jest utrudniona (np. przez opór czy niedostępność decydentów), może powstać rozbieżność między diagnozą a faktycznymi możliwościami wprowadzania zalecanych zmian w życie.

2. Podejście oparte na realnych możliwościach wyboru

W ujęciu Sena (1984), uzupełnionym przez koncepcję Bonvina i Laruffy (2018), kluczowe jest sprawdzanie, czy ludzie rzeczywiście mogą prowadzić takie życie, jakie uważają za wartościowe, oraz czy uczestniczą w działaniach, ich ocenie i decyzjach. Nie wystarcza samo stwierdzenie, że usługa jest dostępna – należy zbadać, czy odbiorcy (np. seniorzy) mają realne możliwości skorzystania z niej, czy występują bariery mentalne, finansowe, kulturowe lub inne, aby przekształcili oni usługi w wartościowe wyniki dla siebie i społeczności. Przykładowo, nawet dobrze wyposażony dzienny dom opieki może pozostawać pusty, jeśli seniorzy postrzegają go jako niedostępny lub narzucający nieakceptowalne reguły uczestnictwa w zajęciach. Mogą też z niego korzystać nie dlatego, że tego potrzebują, ale dlatego, że nie pozostawiono im innego wyboru.

W tym podejściu analiza koncentruje się na wolności wyboru oraz na tym, czy określone działania poszerzają czy ograniczają faktyczne opcje życiowe odbiorców usług. Ważne jest również zrozumienie adaptacji preferencji: jeśli ktoś przez lata doświadczał niedoborów, może obniżać własne oczekiwania i deklarować brak potrzeb. Wynik badania ograniczający się do pytań: „czego ci brakuje?” może więc mylnie sugerować, że problem nie istnieje.

Istotne jest też to, że diagności także działają w określonym kontekście, który wpływa na ich możliwości diagnostyczne. W tym modelu oni sami potrzebują wolności, aby projektować otwarte konsultacje, stosować różne narzędzia i pogłębiać wątki związane z barierami mentalnymi i innymi ograniczeniami wyboru u mieszkańców.

Podobnie jak odbiorcy usług, diagności mogą dojść do przekonania, że nie ma sensu walczyć o metody partycypacyjne czy dodatkowe zasoby. Proces adaptacji do realiów instytucjonalnych powoduje, że diagnoza może kończyć się prostym zbiorem wskaźników zamiast pogłębionej analizy, „co faktycznie ogranicza wybory?”. Jeśli zespół nie ma środków ani przyzwolenia na długo-

trwale badania, diagnoza ograniczy się głównie do formalnych danych o stanie usług, pomijając pytania o autonomię i bariery dla odbiorców w wymiarze psychologicznym, społecznym czy kulturowym.

Omawiany model koncentruje się na wolności i różnorodności możliwych ścieżek życiowych mieszkańców. W przypadku diagnostów chodzi o możliwości prowadzenia badania w zgodzie z wartościami i standardami jakości – bez ulegania presji czy narzuconym ograniczeniom. Dopiero wtedy można mówić o diagnozie, która uwzględnia realne wybory wszystkich zainteresowanych i stara się je wspólnie rozwijać. Uwzględniając perspektywę Bonvina i Laruffy, zarówno mieszkańcy, jak i diagnosty powinni mieć możliwość autentycznego uczestnictwa w ocenie i kształtowaniu procesu diagnozy.

3. Porównanie perspektyw

W tabeli 1 zestawiono charakterystyczne cechy obu modeli z perspektywy jednej z grup mieszkańców. Tradycyjne diagnozowanie potrzeb skupia się na brakach i infrastrukturalnych lukach, co ułatwia planowanie konkretnych inwestycji. Podejście zainspirowane koncepcją Sena poszerza analizę o perspektywę wolności wyboru, podmiotowości oraz bariery psychologiczne, kulturowe i strukturalne. Skupia się ono na tym, czy np. osoby starsze mogą prowadzić takie życie, jakie uważają za wartościowe.

Tabela 1

Zestawienie podejść opartego na potrzebach i na realnych możliwościach wyboru na przykładzie seniorów

Kryterium	Podejście oparte na potrzebach	Podejście inspirowane teorią Sena
Cel diagnozy	Zidentyfikować braki i niedobory w usługach (np. opiekuńczych, medycznych). Zaprojektować interwencje publiczne, aby „uzupełnić” te braki.	Zrozumieć realne możliwości seniorów prowadzenia życia, które uznają za wartościowe. Upewnić się, że interwencje wzmacniają wolność i wybór.
Punkt wyjścia	Analiza tego, czego nie mają osoby starsze, a powinny mieć (minimum usług i zasobów w gminie).	Analiza barier oraz autonomii, czyli <i>jakie są</i> dostępne opcje i czy faktycznie można z nich korzystać.
Kluczowe pytania	„Czy liczba X usług pokrywa zapotrzebowanie?” „Jaki % seniorów nie ma zapewnionej opieki?”	„Czy seniorzy mają faktyczną możliwość wyboru formy opieki?” „Czy istnieją przeszkody kulturowe/instytucjonalne dla ich wyborów?” „Jak rozszerzyć zakres wolności i uczestnictwa seniorów?”
Metody	Głównie ilościowe: statystyki, wskaźniki dostępności, ankiety z pytaniami o potrzeby. Konsultacje mogą być ograniczone.	Metody mieszane: statystyki i wywiady pogłębione, grupy fokusowe, warsztaty partycypacyjne. Duży nacisk na jakość dostępu, wybór i partycypacyjność.

Tab. 1 *cd.*

Kryterium	Podejście oparte na potrzebach	Podejście inspirowane teorią Sena
Perspektywa seniora	Często przedmiotowa: senior jako pasywny odbiorca usług, którego potrzebę się „zaspokaja”.	Podmiotowa: senior współtworzy diagnozę, wskazuje, co dla niego ważne, a nie tylko „czego mu brak” albo „czego by chciał”.
Wnioski diagnostyczne	Rekomendacje głównie ilościowe, np. zwiększyć liczbę placówek, zwiększyć zatrudnienie opiekunek, częstszy transport publiczny, podnieść nakłady finansowe.	Rekomendacje mogą dotyczyć także rozwoju kapitału społecznego, zmiany procedur, większej partycypacji. Często obejmują miękkie działania integracyjne.

Źródło: OpenAI (2025).

Podsumowując, typowe podejście w paradygmacie potrzeb pozwala stosunkowo łatwo wskazać niedobory i planować działania naprawcze, natomiast perspektywa Sena uwrażliwia na realną sprawczość osób starszych, na bariery psychologiczne, społeczne i kulturowe oraz na konieczność tworzenia warunków, w których sami seniorzy lub inne osoby mogą rozwijać (lub podtrzymywać) swoje możliwości i wybory życiowe.

W tabeli 2 scharakteryzowano oba modele w odniesieniu do rozpoznawania potrzeb lub możliwości zespołu prowadzącego diagnozę. W tym wariantcie nie chodzi o zidentyfikowanie braków usług dla mieszkańców, lecz o określenie, w jakim stopniu sami diagności mają wystarczające zasoby i wolność decyzyjną, by przeprowadzić rzetelne badania.

Tabela 2

Porównanie podejścia opartego na potrzebach i na realnych możliwościach wyboru w odniesieniu do diagnostów

Kryterium	Podejście oparte na potrzebach	Podejście inspirowane teorią Sena
Cel diagnozy	Zidentyfikować braki i niedobory (kadrowe, finansowe, infrastrukturalne) w zespole. Ustalić minimalne warunki, by móc formalnie przeprowadzić diagnozę.	Ocenić, czy diagności mają realne możliwości (wolność, elastyczność, zasoby) prowadzenia pogłębionej i partycypacyjnej diagnozy. Zapewnić, by diagnoza rzeczywiście uwzględniała różne perspektywy i bariery.
Punkt wyjścia	Analiza: „Czego nam brakuje w zespole, by zrealizować podstawowe zadania diagnostyczne?”. Skupienie na spełnieniu minimum wymogów (np. standardów metodologicznych).	Analiza tego, „czy diagności mają swobodę wyboru metod, wystarczający budżet, wsparcie władz, aby badać przyczyny problemów w sposób pogłębiony?”. Zwrócenie uwagi, że nawet jeśli są procedury, to faktyczna możliwość działania może być ograniczona.
Kluczowe pytania	„Czy mamy wystarczające zasoby (liczba osób w zespole, odpowiedni budżet, narzędzia IT)?” „Jak dopasować się do sztywnego harmonogramu i wymagań formalnych?”	„W jakim stopniu diagności decydują o wyborze metod i narzędzi?” „Czy możemy włączyć metody partycypacyjne, rozpoznawać bariery kulturowe i psychologiczne? Czy mamy zgodę władz i innych interesariuszy i kompetencje?”

Tab. 2 *cd.*

Kryterium	Podejście oparte na potrzebach	Podejście inspirowane teorią Sena
Metody diagnostyczne	Lista kontrolna zasobów: budżet, kompetencje, oprogramowanie. Ewentualne wywiady z członkami zespołu, by ustalić poziom gotowości do pracy.	Pogłębiona analiza poziomu decyzyjności i sprawczości diagnostów (np. warsztaty ewaluacyjne, badanie motywacji i barier wewnętrznych). Rozmowy z decydentami (przełożonymi, zamawiającymi), aby ustalić, czy diagności mogą wprowadzać innowacje.
Efekty i wnioski	„Potrzebujemy X zł i Y etatów, by spełnić podstawowe kryteria diagnozy.” Sprowadzenie wniosków do „doposażenia” zespołu w brakujące elementy.	„Aby diagności mieli realną sprawczość, należy zmienić procedury i zapewnić im szersze wsparcie organizacyjne.” Wskazówki dotyczą nie tylko braków zasobów, lecz także kultury organizacyjnej i modelu zarządzania.

Źródło: OpenAI (2025).

Zrekonstruowane powyżej modele w odniesieniu zarówno do mieszkańców, jak i samych diagnostów mają cele poznawcze. Zastosowane do analizy rzeczywistych diagnoz i wskazówek diagnostycznych pozwalają wyróżnić elementy charakterystyczne dla obu podejść. Poniżej przedstawimy wyniki analizy dwóch przypadków, które ilustrują napięcia między diagnozowaniem według potrzeb i diagnozowaniem według możliwości wyboru.

IV. ANALIZY PRZYPADKÓW

Niniejsza część artykułu prezentuje analizę dwóch dokumentów: raportu diagnostycznego pod redakcją Barbary Szatur-Jaworskiej (2024), skupionego na dostępności usług dla seniorów na wsi, oraz poradnika metodologicznego dotyczącego diagnozowania potrzeb na usługi społeczne dla gmin autorstwa Doroty Bazuń i in. (2020). Wybór pierwszej publikacji dyktowany jest tym, że powstał z udziałem autorki, która zaproponowała koncepcję polityki społecznej opartą na potrzebach. Odnosi się ona do typowego przedmiotu badań diagnostycznych, czyli dostępności usług społecznych dla konkretnej grupy mieszkańców (seniorzy) w społecznościach lokalnych narażonych na większe braki w tym zakresie. Z kolei drugi dokument ma charakter metodologiczny i odnosi się do tego, co i jak powinni robić diagności, gdy diagnozują usługi społeczne. Powstał on w związku z reformą wprowadzającą nową jednostkę organizacyjną w pomocy społecznej – Centrum Usług Społecznych (CUS).

Celem analizy jest odpowiedź na pytanie, w jakiej mierze i w jaki sposób badane dokumenty reprezentują dominujące w polityce społecznej podejście zorientowane na potrzeby oraz w jakim stopniu wykorzystują elementy obecne w podejściu zaproponowanym przez Sena.

Do badania zastosowano analizę jakościową, wykorzystując kodowanie, które zostało wykonane przez SI. W pierwszym kroku zidentyfikowano kluczowe fragmenty tekstów odnoszące się do różnych aspektów potrzeb, diagnozy, organizacji usług i roli partycypacji. Następnie fragmentom tym przyporządkowano odpowiednie kody, a wyniki przedstawiono tabelarycznie. W ostatnim etapie dokonano interpretacji zgromadzonego materiału z perspektywy modeli przedstawionych w części IV.

1. Diagnoza dostępności usług społecznych dla osób starszych mieszkających w gminach wiejskich

Pierwszy materiałem poddanym analizie były wnioski zawarte w raporcie *Dostępność usług społecznych dla osób starszych mieszkających w gminach wiejskich* pod redakcją Szatur-Jaworskiej (2024). W toku analizy tekstu (tabela 2) okazało się, że większość analizowanych wniosków z diagnozy koncentruje się na identyfikowaniu braków w infrastrukturze, barier finansowych czy deficytów kadry. Przykładowo, autorzy raportu wskazują, że „im lepszy stan gminnych finansów, tym więcej usług społecznych gmina oferuje osobom starszym” (s. 29), co zostało zakodowane jako NB-FIN ze względu na nacisk na zasoby finansowe i koncepcję minimalizowania luk. Podobnie ujęcie braku lekarzy specjalistów czy niewystarczającego transportu publicznego uznane zostały za przejaw paradygmatu potrzeb, gdyż autorzy ujmują to jako niedobory uniemożliwiające pełne ich zaspokojenie (kod NB-BAR).

Jednocześnie w kilku miejscach pojawiają się wątki uwzględniające czynnik psychologiczny i społeczny, np. „blokady psychiczne u seniorów (wstyd, nieufność)” (Szatur-Jaworska, 2024, s. 31) czy akcentowanie niedostatku partycypacyjnego projektowania usług. Te fragmenty zostały oznaczone kodami takimi jak CA-SOC czy CA-PART, gdyż wskazują na potrzebę włączania seniorów w proces podejmowania decyzji, a także uwzględnienia barier mentalnych i kulturowych, które utrudniają korzystanie z istniejących usług. Są to więc przejawy podejścia opartego na realnych możliwościach wyboru.

W tabeli 3 zaprezentowano zestawienie głównych kategorii kodowania (z podziałem na perspektywę potrzeb i możliwości) wraz z przykładami cytatów z analizowanego dokumentu oraz krótkim wyjaśnieniem.

Na podstawie analizy danych możemy stwierdzić, że badany tekst w przeważającej mierze osadzony jest w paradygmacie potrzeb. Szatur-Jaworska w podsumowaniu raportu koncentruje się na tym, jakie usługi są świadczone, czego brakuje w gminach, jakie przeszkody należy usunąć, by skuteczniej zaspokoić potrzeby seniorów. Ujawniają się przy tym charakterystyczne kategorie: brak środków, nieadekwatna infrastruktura, niewystarczająca liczba personelu specjalistycznego. Jednocześnie zidentyfikowano wskazania na wybory i współdecydowanie seniorów, co sygnalizuje potencjał uwzględnienia nurtu realnych możliwości wyboru – zwłaszcza gdy mowa o blokadach społeczno-psychologicznych i niedostatecznej partycypacji w projektowaniu usług i lokalnej polityce społecznej (zjawiska te, związane z barierami wewnętrznymi jednostek, są przedmiotem pogłębionych badań w naukach behawioralnych, do czego nawiążemy w dalszej części artykułu).

Tabela 3

Analiza jakościowa wniosków z diagnozy dostępności usług społecznych

Kategoria	Kod	Przykład cytatu/fragmentu	Opis i uzasadnienie
Finanse i zasoby (finansowe warunki zaspokajania potrzeb)	NB-FIN	„Im lepszy stan gminnych finansów, tym więcej usług społecznych” (s. 29).	Skupienie na kwestii braku/wystarczalności środków publicznych. Wskazuje na zależność „zasób finansowy a liczba usług”. Jest to typowe dla klasycznego myślenia o potrzebach.
Infrastruktura i inwestycje (infrastrukturalne warunki zaspokajania potrzeb)	NB-INV	„Dysponowanie przez gminę odpowiednimi lokalami [...] pozwalają na realizację usług” (s. 29).	Koncentracja na lokalach, budynkach, obiektach koniecznych do świadczenia usług społecznych. Nie nawiązano tu do wyboru lub wolności seniorów.
Bariery – braki kadrowe, transport, przepisy (bariery w zaspokajaniu potrzeb)	NB-BAR	„Brak lekarzy specjalistów [...], brak osób mających kwalifikacje” (s. 31).	Wyciąganie przykładów w zaspokajaniu potrzeb (deficyt specjalistów, trudności organizacyjne).
Konieczność zaspokajania potrzeb (wrażliwość na potrzeby)	NB-ZASP	„Stosunek włodarzy [...] wrażliwość na potrzeby osób starszych” (s. 29).	Mowa wprost o „potrzebach” i ich rozpoznawaniu. Brakuje tu dyskusji o podmiotowości seniorów czy o wolności korzystania z usług.
Bariery społeczno-psychologiczne	CA-SOC	„Blokady psychiczne [...] nieufność, wstyd [...] stereotypy starości” (s. 31).	Wskazanie, że formalna dostępność usług nie wystarczy, gdyż ograniczać ją mogą bariery wewnętrzne. Nawiązanie do głębszego aspektu wolności w korzystaniu z usług.
Partycypacja i współdecydowanie	CA-PART	„Tylko sporadycznie usługi [...] projektowane z uwzględnieniem opinii seniorów” (s. 36).	Autorzy dostrzegają brak udziału seniorów w kształtowaniu usług. Jest to kluczowa kwestia dla perspektywy możliwości – wolność wyboru i wpływ na decyzje.
Deinstytucjonalizacja i alternatywne formy wsparcia	CA-REAL	„Ograniczenia w zakresie wdrażania procesu deinstytucjonalizacji usług [...] rozwoju partycypacyjnych form” (s. 36).	Podkreślanie wyboru form opieki i upodmiotowienia, co jest kluczowe w koncepcji deinstytucjonalizacji. Nacisk na partycypację seniorów w kształtowaniu usług.

Źródło: OpenAI (2025).

Dyskusja ta może prowadzić do wniosku, że przyjęta w raporcie perspektywa, choć trafnie diagnozuje niedobory usług i bariery strukturalne, mogłaby być uzupełniona o bardziej pogłębione ujęcie wolności wyboru i samostanowienia osób starszych. Z jednej strony można było oczekiwać, że autorka, która definiuje perspektywę indywidualistyczną polityki społecznej poprzez potrzeby i ich zaspokojenie, będzie też w praktyce realizowała diagnozowanie oparte na potrzebach. Z drugiej strony zidentyfikowano również elementy drugiej perspektywy.

2. Poradnik do diagnozy potrzeb w zakresie usług społecznych w gminach

W poprzedniej części przedstawiono wyniki analizy jakościowej dokumentu koncentrującego się na dostępności usług społecznych dla seniorów w specyficznym kontekście. Teraz przechodzimy do omówienia analizy kolejnego tekstu, który ma inny charakter – jest to poradnik z wytycznymi do prowadzenia diagnozy potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w zakresie usług społecznych (Bazuń i in., 2020). Został więc napisany z myślą o diagnostach i ich pracy. Poza tekstem zawiera on w załączniku liczne definicje wskaźników dotyczących gminy i mieszkańców z podziałem na kilka obszarów oraz przypisane im metody i techniki badań.

Ze względu na adresatów dokumentu interesuje nas tu, jak odnosi się on nie tylko do mieszkańców i ich potrzeb oraz możliwości wyboru, ale również do diagnostów widzianych w tych dwóch perspektywach. Rozpocznijmy od analizy pierwszej części poradnika (tabela 4). Kodowanie zostało dostosowane do specyfiki materiału oraz perspektywy diagnozy i diagnostów (zob. rozróżnienia dokonane w części IV.1).

Tabela pokazuje, że poradnik głównie porusza kwestie zasobów i barier, ale też uwzględnia wolność wyboru metod i partycypację. Nie ma wyraźnych wzmianek o adaptacji preferencji (kwestie te, dotyczące wpływu czynników psychologicznych i społecznych na decyzje, szerzej omawiane są w ramach ekonomii i psychologii behawioralnej, co zostanie rozwinięte w końcowej sekcji), ale można zakładać, że część ograniczeń finansowych, kompetencyjnych czy brak poparcia władz pośrednio prowadzą diagnostów do rezygnacji z części zaplanowanych działań.

Analiza tabel wyliczających wskaźniki potrzeb w różnych obszarach w poradniku pozwala nam na dodatkowe wnioski. Wskaźniki te nie dotyczą potrzeb diagnostów, ale mieszkańców. W związku z tym nie dają one informacji o tym, jakie potrzeby, zasoby czy zdolności powinni mieć diagnosty, aby sama diagnoza była wartościowa. Jest to poważne ograniczenie poradnika, który został skierowany do diagnostów. Z drugiej strony definicje wskaźników, które mają stosować diagnosty, wskazują określony kierunek diagnozy.

Tabela 4

Analiza jakościowa części opisowej poradnika dla diagnostów

Kategoria	Kod	Cytat (skrót)	Opis i uzasadnienie
Zasoby do diagnozy (potrzeby zespołu w zakresie środków)	NB-RES	„[Działania wynikają] z konieczności dostosowania zasad [...] do możliwości organizacyjnych CUS (finansowych, kadrowych i in.)” (s. 10).	Fragment podkreśla, że diagnozującą muszą dopasować działania do konkretnych zasobów (kadry, finanse). Pokazuje to perspektywę potrzeb, w której głównym celem jest uzupełnienie braków i dostosowanie się do posiadanych środków.
Zasoby do diagnozy (potrzeby zespołu w zakresie środków)	NB-RES	„Wybór metod [...] zależy m.in. od możliwości organizacyjnych (finansowych i kadrowych)” (s. 12).	Ponownie wskazanie, że ograniczony budżet i wielkość zespołu determinują skalę i rodzaj diagnozy. To także ujęcie koncentrujące się na tym, czego diagnostom „brakuje”, by osiągnąć minimum jakości diagnozy.
Bariery w zasobach / formalnościach (ograniczenia diagnozujących)	NB-BAR	„mogą nazbyt obciążać pracowników dodatkowymi obowiązkami [...] proces [...] jest na tyle absorbujący” (s. 17).	Tu mowa o nadmiernym obciążeniu kadry i niedostatku czasu. Przykład bariery, która utrudnia efektywne prowadzenie diagnozy.
Bariery w zasobach / formalnościach (ograniczenia diagnozujących)	NB-BAR	„skorzystanie ze wsparcia eksperta [...] jest wskazane” (s. 17).	Sugestia, że brak kompetencji w zespole stanowi przeszkodę. Należy zatem „dokupić” lub zaangażować eksperta – to także bariery wymagające uzupełnienia zasobów.
Partycypacja i włączanie (rozszerzanie współpracy diagnostów z mieszkańcami)	CA-PAR	„Kluczowym warunkiem powodzenia jest udział wspólnoty samorządowej [...] w rolach badaczy” (s. 13).	Wskazuje na aktywne włączanie mieszkańców w sam proces diagnostyczny (ankieterzy, współbadacze). Wymiar partycypacji: diagności mają wolność zaproszenia społeczności do współpracy.
Elastyczność i wolność diagnostów (swoboda metodyczna)	CA-FLEX	„Diagnoza [...] może podlegać aktualizacji [...] przeprowadza się konsultacje” (s. 6).	Możliwość aktualizowania diagnozy i konsultowania z mieszkańcami oznacza pewną elastyczność i sprawczość diagnostów. Jest to przykład wolności w kształtowaniu procesu diagnozy.
Partycypacja i włączanie (rozszerzanie współpracy diagnostów z mieszkańcami)	CA-PAR	„Diagnoza powinna mieć charakter partycypacyjny [...] włączenie [...] jako współbadaczy” (s. 8).	Bezpośrednie zalecenie aktywnej partycypacji mieszkańców. Wskazuje na możliwości, które zespół ma (lub powinien mieć), na wolność i zasoby, by taką współpracę zorganizować.
Bariery dla wolności / elastyczności zespołu	CA-BAR	„Nieuwzględnianie ustaleń diagnozy przez władze lokalne [...] brak wystarczającego poparcia [...] może utrudnić osiągnięcie synergii” (s. 17).	Brak wsparcia władz to bariera dla sprawczości diagnostów: nawet najlepsze działania nie przełożą się na realną zmianę, jeśli decydenci nie uwzględnią wyników diagnozy. Jest to ograniczenie „wolności” zespołu w realizacji czy wdrażaniu wniosków.

W tabeli 5 przedstawiono częstość występowania poszczególnych technik i metod badawczych przypisanych do różnych wskaźników w kilku obszarach tematycznych.

Tabela 5

Liczba wystąpień poszczególnych technik w poradniku dla diagnostów

Metoda/technika	Liczba wystąpień
Analiza danych zastanych	58
Analiza dokumentów	43
Sondaż	24 (w tym ankieta: 3)
Wywiad lub wywiady	19 (w tym grupowe: 6)
Obserwacja	4
Spacery studyjne	3

Źródło: opracowanie własne.

Stosowanie takich metod, jak: analiza danych zastanych, analiza dokumentów i sondaże, wyraźnie dominuje wśród rekomendowanych technik badania potrzeb i potencjałów. Nawet tam, gdzie wskazywano techniki takie jak wywiad indywidualny, definicje wskaźników miały charakter ilościowy, np. do wskaźnika opisanego w taki sposób „Udział osób będących członkami organizacji pozarządowych wśród mieszkańców gminy” (s. 27) przypisano trzy techniki: dwie ilościowe i wywiad nieustrukturyzowany. Do określenia stosunku dwóch liczb wywiad nie jest potrzebny. Nacisk na partycypację w części opisowej oraz całkowita dominacja technik ilościowych w części ze wskaźnikami wydają się niespójne.

V. DYSKUSJA WYNIKÓW

Raport pod redakcją Szatur-Jaworskiej (2024) oraz poradnik Bazuń i in. (2020), tam, gdzie dotyczy potrzeb mieszkańców, kładą nacisk na identyfikację potrzeb społeczności lokalnych oraz wskazanie metod, dzięki którym instytucje (czy to gminne, czy związane z pomocą społeczną) mogą owe potrzeby zaspokajać. Jest to podejście charakterystyczne dla klasycznego modelu państwa dobrobytu, w którym usługi społeczne pełnią rolę narzędzia zapewniania społecznie uzgodnionego minimum. Takie podejście odwołuje się do założeń, że rolą państwa (bądź samorządu) jest możliwie sprawne i wieloaspektowe odpowiadanie na braki w systemie – czy to w zakresie opieki, infrastruktury, finansowania, czy kwestii organizacyjnych. Oba dokumenty wyrastają z podobnej tradycji teoretycznej koncentrowania się na ulepszeniu świadczeń spo-

lecznych w formie usług, będących typową emanacją opiekuńczego państwa dobrobytu.

Jednocześnie oba dokumenty zawierają pewne elementy przełamywania paternalizmu, na który wskazywali krytycy paradygmatu potrzeb. Raport Szatur-Jaworskiej (2024) wskazuje na konieczność zebrania opinii osób zainteresowanych (seniorów) i uwzględnienia barier psychologicznych (co z kolei jest punktem wyjścia w interwencjach behawioralnych omawianych w kolejnej części artykułu). Poradnik natomiast podkreśla znaczenie partycypacyjnego charakteru diagnozy, w której sami mieszkańcy mogą (i powinni) brać udział.

Szczególnie w poradniku Bazuń i in. (2020) dużo miejsca zajmują postulaty konsultacji, współpracy międzysektorowej i włączania mieszkańców na etapie planowania usług. Z kolei u Szatur-Jaworskiej (2024) pojawia się refleksja na temat wewnętrznych blokad oraz znaczenia organizacji usług w formie odpowiadającej konkretnym grupom (np. osobom starszym, niepełnosprawnym). Te elementy można uznać za nawiązanie do pojęć wprowadzonych przez Sena (1984): należy nie tylko wykryć braki, ale też dać narzędzia i możliwość dla sprawczości, krytycznej oceny i współdecydowania.

W kontekście teorii polityki społecznej badanie wskazuje, że choć w analizowanych dokumentach dominuje paradygmat oparty na potrzebach, to jednak uwzględniane są elementy drugiego modelowego podejścia: uspołecznienie procesu diagnozy, docenienie aspektu wolności i autonomii w dostępie do usług, podkreślanie partycypacji jako sposobu przekroczenia paternalizmu instytucji. Z jednej strony nadal – zgodnie z logiką *welfare state* – kluczowa jest rola instytucji publicznych w koordynacji i finansowaniu usług, z drugiej zaś rośnie świadomość, że długofalowa skuteczność polityki społecznej wymaga realnego włączania obywateli, a nie tylko ich biernego „obsługiwanie” oraz dostarczania im tego, co uznano za brakujące.

Analiza potwierdza, że przejście od modelu państwa opiekuńczego (skoncentrowanego na potrzebach i usługach) do bardziej partycypacyjnego i autonomicznego ujęcia życia i wyborów mieszkańców i diagnostów napotyka liczne przeszkody: organizacyjne (kto i jak realizuje diagnozę), finansowe (ograniczenia budżetowe), administracyjne (tradycyjna hierarchia urzędnicza), a także wynikające z różnej dynamiki politycznej w samorządach.

Co więcej, krytyczne spojrzenie na poradnik metodyczny uwypukla niedostateczne rozpoznanie potrzeb i możliwości samych diagnostów w kontekście wdrażania podejścia zorientowanego na wolność wyboru. Przejście od diagnozy potrzeb do diagnozy możliwości wymaga od diagnostów nie tylko odpowiednich zasobów (ujęcie według potrzeb), ale przede wszystkim rozwiniętych realnych możliwości wyboru: autonomii metodycznej, kompetencji w zakresie facylitacji procesów partycypacyjnych, umiejętności analizy złożonych barier psychologicznych i kulturowych oraz zdolności do refleksji nad własną rolą w procesie badawczym. Brak systemowego wsparcia w rozwijaniu tych zdolności diagnostów może stanowić równie istotną barierę dla implementacji podejścia zorientowanego na podmiotowość, co ograniczenia zasobowe czy instytucjonalne.

Interpretując uzyskane wyniki przez pryzmat modelu Bonvina i Laruffy (2018), można stwierdzić, że analizowane dokumenty najpełniej odzwierciedlają wymiar człowieka jako odbiorcy świadczeń i usług, co jest spójne z dominacją paradygmatu potrzeb. Rosnący nacisk na partycypację widoczny w poradniku metodycznym stanowi próbę wzmocnienia wymiarów działającego podmiotu: przez aktywne włączanie mieszkańców w proces diagnozy, oraz sędziego: przez konsultowanie i zbieranie opinii. Z analizy metodologicznych zaleceń poradnika (dominacja technik ilościowych) wynika, że praktyczna realizacja autentycznego współdecydowania (wymiar sędziego) może wciąż napotykać istotne ograniczenia. Pełne wdrożenie podejścia zorientowanego na realne wybory wymagałoby zatem równego dowartościowania wszystkich trzech wymiarów w praktyce diagnostycznej i projektowaniu usług.

Podsumowując, oba dokumenty ilustrują teorię i praktykę diagnostyczną oraz założenia polityki społecznej w Polsce: z jednej strony dominacja perspektywy potrzeb, co jest zbieżne z tradycją opiekuńczego państwa dobrobytu, z drugiej zaś – widoczna jest próba włączania bardziej partycypacyjnych i upodmiotawiających rozwiązań. Badane dokumenty mogą więc być interpretowane jako częściowa odpowiedź na krytykę skupienia na potrzebach, brakach i paternalizmie. Widzimy więc ewolucję podejścia w praktyce: od paternalistycznej opieki nad beneficjentem ku większemu zaangażowaniu osób i grup w definiowanie własnych potrzeb i wyborów oraz współprojektowanie usług.

VI. WNIOSKI: POGŁĘBIONE ROZUMIENIE POZIOMU MIKRO

Przytoczona na początku dyskusja między dwoma podejściami do polityki społecznej może wydawać się już nieco przestarzała, gdy uwzględnimy rozwój nauk społecznych od lat dziewięćdziesiątych XX w. Nauki te, a w szczególności ekonomia behawioralna, odchodzą od tradycyjnego modelu *homo economicus*, zakładającego pełną racjonalność mieszkańców, diagnostów i innych aktorów polityki społecznej. Zastępuje go złożony model behawioralny, uwzględniający wiele determinant wpływających na zachowania, w tym czynniki indywidualne (takie jak preferencje, emocje, heurystyki i ograniczenia poznawcze), społeczne (normy, reguły gry) oraz kulturowe (Elster, 2015; United Nations, 2024). Różne programy badawcze w psychologii, wykraczające poza perspektywę stronniczości poznawczej, dostarczają empirycznych podstaw do zrozumienia uniwersalnych mechanizmów obecnych w procesach decyzyjnych (Hertwig i Grüne-Yanoff, 2017).

W kontekście teorii polityki społecznej ta zmiana uwypukla istniejące napięcie między dwoma podejściami: opartym na potrzebach i zorientowanym na realne możliwości. Pierwsze podejście koncentruje się na zaspokajaniu obiektywnie zdiagnozowanych braków materialnych i usługowych, zakładając, że osoby w niedostatku pasywnie na nie czekają, a służby społeczne

bezinteresownie ich dostarczają (Le Grand, 2003). Z kolei diagności bezinteresownie i w sposób doskonały diagnozują braki i luki w systemie świadczeniowym, a decydenci poprawiają system według zaleceń diagnostów. Zarówno perspektywa zainspirowana krytyką Sena, jak i model behawioralny podważają te założenia. W przypadku mieszkańców decyzje dotyczące świadczeń kształtowane są przez szereg czynników, które mogą prowadzić do unikania pomocy mimo obiektywnej potrzeby, kierowania się nadmiernym optymizmem, preferencjami krótkoterminowymi czy postrzeganymi oczekiwaniami społecznymi. Podobnie wyjaśnianie zachowań służb społecznych, diagnostów i włodarzy pokazuje, że mają liczne ograniczenia wewnętrzne, zewnętrzne oraz własne interesy, kierują się nie tylko dowodami naukowymi i radami ekspertów itd.

Perspektywa wywodzona od teorii Sena (1984) kładzie nacisk na wolność wyboru i sprawczość jednostek, uwzględniając społeczne i wewnętrzne uwarunkowania, które ograniczają zdolność przekształcania zasobów w wartościowe wyniki. Ujęcie Bonvina i Laruffy (2018) podkreśla wymiary wykraczające poza potrzeby wsparcia, czyli sprawczość i współudział oraz oceny. Włączenie modelu behawioralnego wzmacnia to podejście, wskazując, że rzeczywista zdolność do działania zależy nie tylko od formalnej dostępności opcji (usług społecznych), lecz także od czynników poznawczych, emocjonalnych, społecznych i kulturowych, takich jak wpływ heurystyk, norm społecznych i ograniczeń prawnych. Weryfikacja faktycznej wolności do działania wymaga zatem pogłębionej analizy tych czynników.

Z perspektywy Bonvina i Laruffy (2018) pełna realizacja triady człowiek jako odbiorca-działacz-sędzia zakłada, że polityka społeczna nie tylko łagodzi bariery czy „popycha” ku właściwym wyborom (architektura wyboru), lecz także tworzy warunki do trwałego wzmacniania kompetencji wewnętrznych zarówno w sferze sprawczości, jak i współdecydowania (Hertwig i Grüne-Yanoff, 2017). W praktyce każde rozwiązanie da się oceniać przez pryzmat tej triady: odpowiadania na potrzeby, wspierania sprawczości, gwarantowania udziału w ocenie i współdecydowaniu.

Podsumowując, polityka społeczna, opierająca się na współczesnym, złożonym modelu behawioralnym człowieka i jego podmiotowości, powinna uwzględniać nie tylko poziom makro (dyskusja o moralnym imperatywie zapewnienia minimum socjalnego przez państwo za pomocą świadczeń społecznych w różnych formach), ale również poziom mikro (analizy, jak ludzie faktycznie dokonują wyborów i jak można im pomóc w prowadzeniu życia, jakie cenią, i współdecydowaniu o warunkach, w jakich żyją). Zamiast koncentrować się wyłącznie na zaspokajaniu obiektywnych potrzeb i korygowaniu błędów decyzyjnych mieszkańców, służb, diagnostów i decydentów, należy dążyć do wzmacniania sprawczości i autonomii jednostek oraz instytucji wspólnego oceniania i współdecydowania. Oznacza to projektowanie takich interwencji, które usuwają bariery poznawcze, emocjonalne i społeczne oraz promują partycypację i świadomy wybór. Projektowanie to wymaga jednak głębszego przemyślenia założeń i praktyk diagnozowania społecznego, czemu miał służyć ten artykuł.

Author contributions / Indywidualny wkład autora (CRediT): Ryszard Szarfenberg – 100% (Conceptualization / Konceptualizacja; Investigation / Przeprowadzenie badań; Methodology / Metodologia; Resources / Zasoby; Software / Oprogramowanie; Supervision / Nadzór; Validation / Walidacja; Writing – review & editing / Pisanie – recenzja i edycja).

Conflict of interest / Konflikt interesów: The author declares no conflict of interest. / Autor nie zgłosił konfliktu interesów.

Funding / Finansowanie: The author declares no institutional funding. / Autor oświadczył, że nie korzystał z finansowania instytucjonalnego.

The use of AI tools / Wykorzystanie narzędzi AI: The author declares he used AI tools, and detailed information about this is included in section I. / Autor oświadczył, że korzystał z narzędzi AI i szczegółowe informacje na ten temat zawarto w części I artykułu.

Data availability / Dostępność danych: Not applicable. / Nie dotyczy.

References / Bibliografia

- Bazuń, D., Frątczak-Müller, J., Jaskulska, M., Kwiatkowski, M., i Mielczarek-Żejmo, A. (2020). *Diagnoza potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w zakresie usług społecznych*. Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.
- Bonvin, J.-M., i Laruffa, F. (2018). Human beings as receivers, doers and judges: The anthropological foundations of sustainable public action in the capability approach. *Community, Work & Family*, 21(5), 502–518. <https://doi.org/10.1080/13668803.2018.1526777>
- Claassen, R. (2014). Capability paternalism. *Economics and Philosophy*, 30(1), 57–73. <https://doi.org/10.1017/S0266267114000042>
- Claassen, R. (2018). *Capabilities in a just society: A theory of navigational agency*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108561853>
- Elster, J. (2015). *Explaining social behavior: More nuts and bolts for the social sciences* (Revised edition). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107763111>
- Gaus, G. F. (1998). Why all welfare states (including Laissez-Faire ones) are unreasonable. *Social Philosophy and Policy*, 15(2), 1–33. <https://doi.org/10.1017/S026505250000193X>
- Haber, A., i Olejniczak, K. (red.). (2014). *(R)ewaluacja 2. Wiedza w działaniu*. Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości.
- Hertwig, R., i Grüne-Yanoff, T. (2017). Nudging and boosting: Steering or empowering good decisions. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 973–986. <https://doi.org/10.1177/1745691617702496>
- Le Grand, J. (2003). *Motivation, agency, and public policy: Of knights and knaves, pawns and Queens*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199266999.001.0001>
- OpenAI. (2025, 12 lutego). o1pro. Wersja z lutego 2025 [Duży model językowy]. <https://chatgpt.com>
- Ostapiuk, A. (2024). Libertarian paternalism and the capability approach. Friends or foes? *Ekonomista*, 4, 456–482. <https://doi.org/10.52335/ekon/188776>
- Sen, A. K. (1984). Capabilities and basic needs. W: A. K. Sen, *Resources, values and development* (pp. 492–515). Basil Blackwell.
- Szatur-Jaworska, B. (2014). *Diagnozowanie w polityce społecznej*. Dom Wydawniczy Elipsa.
- Szatur-Jaworska, B. (2024). *Główne wnioski – synteza*. W: B. Szatur-Jaworska (red.), *Dostępność usług społecznych dla osób starszych mieszkających w gminach wiejskich. Raport* (s. 27–36). Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- United Nations. (2024). *Human Development Report 2023/2024: Breaking the gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world*. United Nations Development Programme. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
- Walzer, M. (2007). *Sfery sprawiedliwości. Obrona pluralizmu i równości*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

