

# Opieka nad osobami starszymi – obecne możliwości miasta Szczecin oraz zapotrzebowanie w roku 2025

Marta Bażydło<sup>1</sup>, Beata Karakiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

<sup>2</sup> Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Bażydło M, Karakiewicz B. Opieka nad osobami starszymi – obecne możliwości miasta Szczecin oraz zapotrzebowanie w roku 2025. Med. Og Nauk Zdr. 2013; 19(4): 475–479.

## Streszczenie

**Wstęp.** XXI wiek nazywany jest „wiekiem starzejących się społeczeństw”. Aby podołać rosnącemu zapotrzebowaniu na usługi o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym, należy dokonać analizy obecnych zasobów tych usług.

**Cel pracy.** Celem pracy jest określenie dostępności usług opiekuńczych dla osób starszych na terenie miasta Szczecin oraz zapotrzebowania na te usługi w roku 2025.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto placówki zapewniające opiekę nad osobami starszymi na terenie miasta Szczecin. Do analizy liczby mieszkańców Szczecina według wieku włączono dane udostępnione przez Główny Urząd Statystyczny w Szczecinie. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, który przeprowadzono techniką ankiety połączonej z wywiadem wśród przedstawicieli placówek zajmujących się opieką nad osobami starszymi. Postarzenia ludności na rok 2025 dokonano obliczając prawdopodobieństwo przeżycia 15 lat przez osoby w określonym wieku.

**Wyniki.** W Szczecinie współczynnik starości wynosi 22%. W 2010 r. współczynnik obciążenia ekonomicznego ludźmi starszymi wynosił 28%, a w roku 2025 ma wzrosnąć do 44%. Przedstawiciele placówek opiekuńczo-pielęgnacyjnych określają dostęp do usług najczęściej jako zły (ok. 40%) lub średni (ok. 30%). Najczęściej wskazywane bariery w dostępie do usług to mała liczba miejsc w placówkach, wysoki koszt dla klientów oraz mała liczba placówek.

**Wnioski.** 1. Zjawisko transformacji demograficznej obserwuje się w strukturze wiekowej ludności Szczecina. 2. Na terenie Szczecina usługi opiekuńcze dla osób starszych zapewniane są głównie przez pomoc społeczną, a także przez opiekę zdrowotną i sektor prywatny. 3. W celu zapewnienia obecnego poziomu dostępności usług opiekuńczych w przyszłości należy rozszerzyć ofertę usług.

## Słowa kluczowe

opieka zdrowotna nad osobami w podeszłym wieku, opieka społeczna, demografia

## WSTĘP

Przewiduje się, że populacja ludzi starszych na świecie ma wzrosnąć aż o 240% w latach 1980–2020. Jest to naturalna konsekwencja poprawy warunków życia, rozwoju medycyny oraz wzrostu dostępności świadczeń zdrowotnych. Jednak wydłużenie trwania życia nie jest jedynym elementem transformacji demograficznej. Dopiero w połączeniu ze spadkiem liczby urodzeń obserwuje się poważne zmiany w strukturze wiekowej populacji. Zgodnie z nomenklaturą Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*) populację określa się jako starą wtedy, gdy więcej niż 7% jej członków to osoby mające 65 lat i więcej. Z kolei według Rosset’a społeczeństwo stare to takie, w którym osoby po 60. roku życia stanowią minimum 12% [1].

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*) przyjęła podział starości na cztery podokresy. Pierwszy to grupa osób między 60. a 64. rokiem życia. Są to osoby starzejące się. Grupa wiekowa 65 – 74 lata obejmuje tak zwanych młodych starych. Ósma dekada życia, zdaniem geriatrów i gerontologów, wiąże się ze znacznym spadkiem sprawności [2], zaawansowana starość dotyczy więc osób

w wieku 75–89 lat. O osobach mających 90 lat i więcej mówi się, że są to osoby długowieczne [3].

W Polsce za organizację opieki nad osobami starszymi odpowiada resort zdrowia oraz resort polityki społecznej [4].

Opieka zdrowotna ma na celu zachowanie jak najlepszego stanu zdrowia jednostek, a w efekcie społeczeństwa. System opieki zdrowotnej wychodzi także naprzeciw potrzebom opiekuńczo-pielęgnacyjnym osób starszych. Zadania z tego zakresu realizowane są w ośrodkach opieki długoterminowej, oddziałach szpitalnych długoterminowych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach pielęgnacyjno-leczniczych, hospicjach oraz przez pielęgniarzką opiekę domową długoterminową [4, 5].

Polityka społeczna wykonuje zadania z zakresu opieki nad osobami starszymi przez pomoc społeczną. Za działania te odpowiada samorząd terytorialny. Zadaniem pomocy społecznej jest udzielanie wsparcia tym członkom społeczeństwa, którzy go potrzebują, co dotyczy także seniorów. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, opieka społeczna przysługuje osobom, które ze względu na wiek, chorobę czy też niepełnosprawność potrzebują choćby częściowej opieki oraz pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Pomoc ta realizowana jest w ośrodkach dziennego pobytu, domach pomocy społecznej, za pośrednictwem firm świadczących usługi opiekuńcze. Formy tej pomocy mogą mieć postać usług, ale także świadczeń pieniężnych, świadczeń w naturze, umieszczenia w placówce opiekuńczej.

Adres do korespondencji: Marta Bażydło, Zakład Zdrowia Publicznego, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin  
e-mail: martab88@o2.pl  
tel.: +48 91 4800 920

Nadesłano: 27 sierpnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 3 czerwca 2013 roku

Formą instytucjonalną są domy pomocy społecznej oraz różnego typu domy dziennego pobytu [5, 6, 7].

Warto wymienić także prywatne formy opieki nad osobami starszymi. Są to świadczenia z zakresu usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, domy seniora, pensjonaty.

## CEL PRACY

Celem pracy jest określenie dostępności usług opiekuńczych dla osób starszych na terenie miasta Szczecin oraz zapotrzebowania na te usługi w roku 2025.

## MATERIAŁ I METODY

### Materiał

Badaniami objęto instytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi na terenie miasta Szczecin. Było to 19 placówek zarówno opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i prywatnych. Do badań włączono placówki stacjonarne oraz otwarte.

Do analizy liczby mieszkańców Szczecina według wieku włączono dane udostępnione przez Główny Urząd Statystyczny w Szczecinie: dane dotyczące liczby mieszkańców miasta Szczecina według wieku i płci z 2010 r. oraz dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia w 2009 r. według podregionów.

### Metody

Wybraną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, który przeprowadzono techniką ankiety połączonej z wywiadem. Ankiety przeprowadzono z jednym przedstawicielem kadr zarządzających każdej z placówek. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety złożony z trzech części. Pytania dotyczyły funkcjonowania placówki, oceny jakości i dostępności usług.

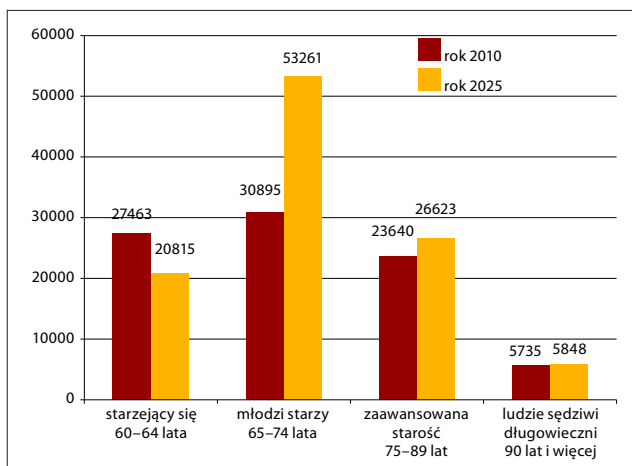
Postarzenia ludności na rok 2025 dokonano obliczając prawdopodobieństwo przeżycia 15 lat przez osoby w określonym wieku na podstawie tablic trwania życia dla Polski w 2009 r., udostępnionych przez Główny Urząd Statystyczny w Szczecinie.

Współczynnik starości obliczono jako iloraz liczby szczecinian mających 60 lat i więcej do liczby szczecinian ogółem. Współczynnik obciążenia ekonomicznego ludźmi starszymi obliczono jako iloraz liczby ludzi w wieku poprodukcyjnym w Szczecinie do liczby ludzi w wieku produkcyjnym w Szczecinie wyrażony w procentach.

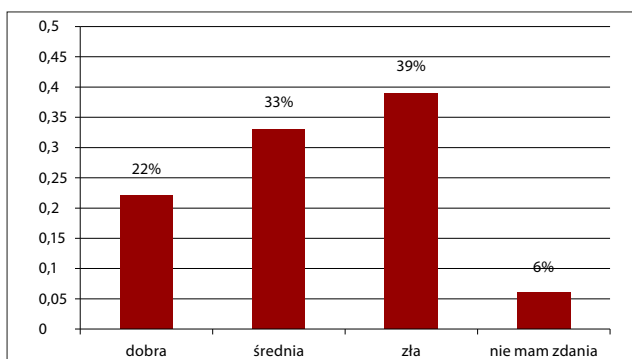
## WYNIKI

W Szczecinie współczynnik starości wynosi 22%. Odsetek ten przekracza 7%, dlatego szczecinianie stanowią populację starą. Współczynnik obciążenia ekonomicznego ludźmi starszymi w roku 2010 wynosił 28%. W roku 2025 ma on wzrosnąć do 44%.

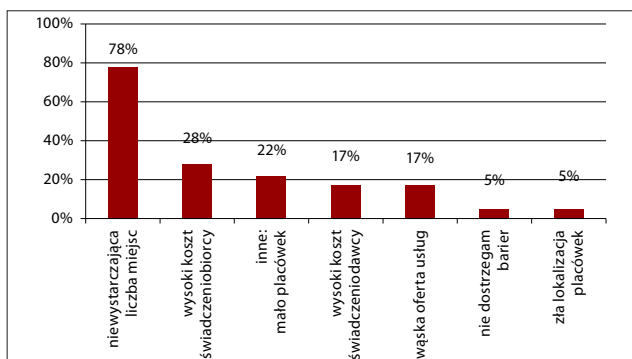
Zgodnie z ryc. 1. w grupie wiekowej 60–64 można spodziewać się spadku liczebności w roku 2025 w porównaniu z rokiem 2010. Jednakże w pozostałych, starszych grupach wiekowych nastąpi wzrost, największy w grupie wiekowej 65–74 lata, aż o 70%. Liczba osób powyżej 60 roku życia wzrośnie więc w Szczecinie w latach 2010–2025 łącznie o ponad 18 tysięcy.



Rycina 1. Liczba osób starszych w Szczecinie w grupach wg klasyfikacji WHO w roku 2010 oraz 2025



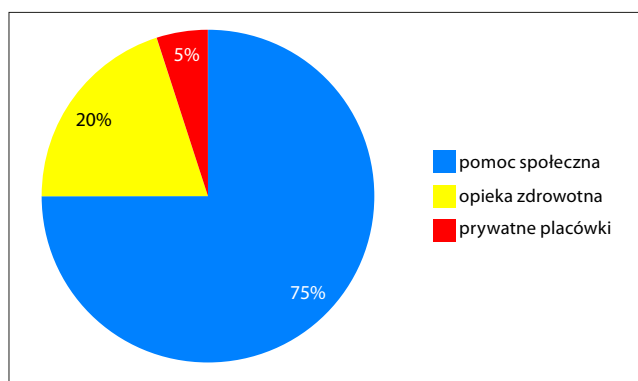
Rycina 2. Ocena dostępności usług opiekuńczych dla osób starszych w Szczecinie wg kadr placówek



Rycina 3. Bariery w dostępności do opieki nad osobami starszymi w Szczecinie wg kadr placówek

Tymczasem już teraz przedstawiciele placówek opiekuńczo-pielęgnacyjnych określają dostęp do usług najczęściej jako zły (40%) lub średni (30%), co ilustruje ryc. 2. Najczęściej wskazywane bariery w dostępie do tych usług to mała liczba miejsc w placówkach, wysoki koszt dla klientów oraz mała liczba placówek (ryc. 3).

Szczecińskim seniorom opiekę zapewniają 22 placówki zarówno opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i placówki prywatne (tabela 1). Najwięcej placówek należy do opieki zdrowotnej (tabela 1), jednakże najwięcej seniorów (75% klientów placówek opiekuńczych) korzysta z usług pomocy społecznej (ryc. 4). Najczęściej świadczona forma opieki to opieka otwarta zapewniana przez pomoc społeczną, z której korzysta 931 szczecińskich seniorów (tabela 1).



Rycina 4. Odsetek klientów korzystających z poszczególnych rodzajów opieki

W związku ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa bardzo ważnym zagadnieniem jest analiza liczby miejsc w placówkach opiekuńczych i czasu oczekiwania na wolne miejsce.

W placówkach opieki zdrowotnej zapewniających opiekę seniorom obecnie nie ma wolnych miejsc. W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym na wolne miejsce oczekuje się od 3 do 6 miesięcy, w podmiotach pielęgniarstwa opieki długoterminowej od 3 do 8 miesięcy. Dla hospicjum domowego okres ten wynosi od 3 do 4 dni (tabela 1).

W placówkach opieki społecznej znajduje się siedemnaście wolnych miejsc. Czternaście z nich to miejsca w dziennych domach pomocy społecznej. Na miejsca te klienci oczekują średnio jeden miesiąc. Domy pomocy społecznej dysponują jednym wolnym miejscem stałego pobytu oraz dwoma miejscami pobytu tymczasowego dla osób znajdujących się w nagłej, trudnej sytuacji. Na miejsca stałe klienci oczekują od 18 do 24 miesięcy. Na miejsce w domu pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych czeka się do 10 lat (tabela 1).

W prywatnych pensjonatach znajdują się trzy miejsca wolne. Na możliwość rozpoczęcia korzystania z tych placówek klienci oczekują od 3 do 24 miesięcy. Przedstawiciele otwartej opieki prywatnej, świadczącej usługi w domu klienta, nie stawiają ograniczeń co do liczby podopiecznych (tabela 1).

Z usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych w Szczecinie korzystają 2054 osoby powyżej 60 roku życia. Stanowi to 2,34% szczecińskich seniorów. W roku 2025 liczba osób powyżej 60. roku życia będzie wynosiła 106547 (ryc. 1). Aby w roku 2025 z pomocy instytucjonalnych form opieki mogło, tak jak obecnie, korzystać 2,34% seniorów, należałoby zapewnić 2493 miejsca w placówkach otwartych i stacjonarnych.

Oznaczałoby to konieczność zorganizowania dodatkowo 439 miejsc w placówkach opiekuńczych, aby zachować obecny poziom możliwości zapewnienia opieki osobom starszym w 2025 r.

## DYSKUSJA

Zjawisko starzenia się społeczeństwa i związane z nim wzrost zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi są obserwowane nie tylko w Szczecinie, ale także w innych miastach i województwach. Paweł Kalinowski w artykule pt. *Starzenie się społeczeństwa Polskiego i jego następstwa dla systemu ochrony zdrowia w Polsce* podaje, że w 2010 roku w całym kraju odsetek osób mających więcej niż 65 lat wynosił 13% [8]. W Szczecinie natomiast odsetek osób powyżej 60. roku życia wynosił w 2011 roku 22%. Zgodnie z prognozą odsetek osób mających więcej niż 65 lat w 2020 roku ma wynosić w Polsce 17%, a w roku 2030 już 21% [8]. Dla porównania warto przytoczyć analizę prognozy demograficznej do roku 2030 dla województwa lubelskiego. W województwie lubelskim odsetek kobiet powyżej 60. roku życia i mężczyzn powyżej 65. roku życia wzrośnie z 17% w roku 2010 do 22% w roku 2025 [11]. Współczynnik obciążenia demograficznego, czyli proporcja liczby osób w wieku powyżej 60. roku życia w stosunku do 100 osób w wieku produkcyjnym, wzrośnie w Polsce z 24% w 2000 roku do 41% w roku 2030 [9]. W Szczecinie współczynnik obciążenia demograficznego w roku 2010 wynosił 28%, natomiast w roku 2025 ma wynosić 44%.

R. Błaszczak zaznacza, że wraz ze starzeniem się jednostek pogarsza się stan zdrowia całego społeczeństwa. Coraz większe są potrzeby opiekuńcze, których dostarczenie jest zadaniem młodszych pokoleń [12]. K. Sygit i wsp. zauważa, że ze względu na transformację demograficzną problemy socjalno-bytowe i potrzeby zdrowotne osób starszych muszą być uwzględnione w polityce regionalnej i rodzinnej [13]. M. Górecka i wsp. również dostrzega potrzebę dostosowania polityki społecznej do zachodzących zmian demograficznych oraz potrzebę badań na temat starości [3].

M. Barcikowska wskazuje na problemy zdrowia publicznego wynikające ze starzenia się społeczeństwa polskiego [1]. Uważa ona, że przygotowanie do starości w kontekście ekonomicznym jest w Polsce niedostateczne. Autorka przytacza badania Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, z których wynika, że zabezpieczenie materialne na starość w połowie badanych gospodarstw domowych jest potrzebą drugorzędą

Tabela 1. Placówki opiekuńcze wg typu, liczebności, liczby klientów, liczby wolnych miejsc i czasu oczekiwania na miejsce

Placówki	Typ placówki	Liczba placówek	Liczba miejsc w placówkach	Liczba klientów	Liczba wolnych miejsc	Czas oczekiwania na wolne miejsce
Opieki zdrowotnej	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	1	80	80	0	3-6 miesięcy
	Pielęgniarska opieka długoterminowa	6	280	280	0	3-8 miesięcy
	Hospicjum	1	25	25	0	brak danych
	Hospicjum domowe	1	23	23	0	3-4 dni
Pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej	2	476	471	5	18-24 miesiące
	Dom pomocy społecznej dla psychicznie chorych	1	68	68	0	ok. 10 lat
	Dzienne domy pomocy społecznej	2	115	101	14	ok. 1 miesiąc
	Opieka otwarta	2	brak danych	931	brak danych	brak danych
Prywatne	Opieka otwarta	4	bez ograniczeń	70	bez ograniczeń	ok. 3 dni
	Opieka stacjonarna	2	47	44	3	3-24 miesiące



lub marginalną. Ponadto zaznacza, że kiedy roczniki wyżu demograficznego lat 50. osiągną wiek emerytalny, starzenie się społeczeństwa ulegnie pogłębieniu, co wykazały także badania przeprowadzone przeze mnie. W obliczu braku skłonności Polaków do zabezpieczania się na starość, budzi to obawy o możliwość zapewnienia godnej starości osobom starszym. Autorka wskazuje, że należy podnieść poziom świadomości na temat zależności między podejmowanymi działaniami i stylem życia w wieku przedemerytalnym a jakością życia w okresie późniejszym [1].

M. Rybka i wsp. zauważa, że starzenie się społeczeństwa jest czynnikiem wpływającym na stałą i systematyczny rozwój opieki długoterminowej [14]. V. Siwińska i wsp. podkreśla jednak, że opłacanie opieki długoterminowej jedynie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia i rent lub emerytur pacjentów spowoduje duże trudności finansowe w utrzymaniu zakładów opieki długoterminowej i może pozbawić tej opieki osoby potrzebujące [15].

Warto zwrócić uwagę na rozwiązanie problemu zapewnienia opieki instytucjonalnej osobom starszym w Austrii. W Wiedniu aż 80% domów dla osób starszych jest prowadzonych przez organizacje pozarządowe, 11% przez firmy prywatne, a tylko 9% przez sektor publiczny. W Austrii średnio 27% miejsc w domach dla osób starszych jest zapewnianych przez organizacje pozarządowe. W 2006 r. w Wiedniu na 1000 mieszkańców powyżej 75. roku życia przypadła 164 miejsca w domach dla osób starszych [16]. W Szczecinie znajduje się 591 miejsc w domach pomocy społecznej, domu pomocy społecznej dla psychicznie chorych i prywatnych domach dla osób starszych. Daje to 20 miejsc na 1000 mieszkańców powyżej 75. roku życia, czyli o 144 miejsc mniej niż w Austrii.

Potrzeby zdrowotne społeczeństwa nigdy nie będą w pełni zaspokojone. Nie oznacza to jednak, że nie należy dążyć do poziomu zapewnienia jak najwyższej dostępności tych usług. Warto zwrócić uwagę, że problem niskiej dostępności do opieki zdrowotnej dotyczy nie tylko kwestii opieki nad osobami starszymi. A. Gruszczak i wsp. przeprowadziła badania w 2007 r. dotyczące opinii pacjentów na temat dostępności usług zdrowotnych w grupie osób hospitalizowanych. W badaniu tym blisko połowa respondentów odpowiedziała, że w Polsce nie istnieje równy dostęp do opieki zdrowotnej [10]. Analizę dostępności usług opieki zdrowotnej przeprowadzili w 2005 r. R. Borek-Wojciechowska i S. Kłokow. Autorzy przytaczają wyniki międzynarodowego badania przeprowadzonego w 2005 przez firmę Health Consumer Powerhouse, które dotyczyło jakości, w tym dostępności usług. Polska, obok Wielkiej Brytanii, Węgier i Włoch, zajęła jedno z ostatnich miejsc. Polski system opieki zdrowotnej w opinii pacjentów uzyskał 25 na 60 punktów. W badaniu „Światowe Badanie Reputacji 2005” polska opieka zdrowotna zajęła ostatnie miejsce. Badania CBOS 2005 wykazały, że ¼ ubezpieczonych miała problem z uzyskaniem świadczenia. Autorzy przytaczają także wyniki „Diagnozy Społecznej 2005” będącej wyrazem opinii społeczeństwa. Wyniki wskazują, że przyczyną ograniczonej dostępności są bariery finansowe (koszt ponoszony przez klientów), bariery organizacyjne (odległość od miejsca zamieszkania), administracyjne (posiadanie skierowania) oraz bariery w dostępie do informacji o zasadach korzystania z usług [17].

Wśród działań mających na celu przeciwdziałanie negatywnym skutkom starzenia się społeczeństwa polskiego należy wymienić wprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej

(COG) [18]. W 2007 r. powstał projekt ustawy wprowadzającej ubezpieczenia pielęgnacyjne na wypadek utraty zdolności do samodzielnej egzystencji, które obejmowałyby również osoby starsze wymagające opieki. Projekt ten jednak nie wszedł w życie [9]. W literaturze wskazuje się także potrzebę rozwoju geriatry. W Polsce na 100 tys. ludności przypada 0,2 geriatry. Dla porównania, w Szwecji współczynnik ten wynosi 7,7. Według Royal College of Physicians w Wielkiej Brytanii wskaźnik ten powinien wynosić minimum 2 [19].

## WNIOSKI

1. W strukturze wiekowej ludności Szczecina obserwuje się wzrost liczby osób starszych.
2. Na terenie Szczecina usługi opiekuńcze dla osób starszych zapewniane są głównie przez pomoc społeczną, a także przez opiekę zdrowotną i sektor prywatny.
3. Czas oczekiwania na możliwość korzystania z usług placówek opiekuńczych jest różny w zależności od typu placówki. Czas ten jest dłuższy w placówkach stacjonarnych niż w placówkach otwartych.
4. W celu zapewnienia obecnego poziomu dostępności usług opiekuńczych w przyszłości należy rozszerzyć ofertę usług.

## PIŚMIENNICTWO

1. Barcikowska M, Członkowska A, Derejczyk J, Gabryelewicz T, Gębska-Kuczerowska A, Herczyńska G i wsp. Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Raport. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15 (3): 203–211.
2. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Walden-Gałuszko K, Kartacz A (red.). Wydanie I. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
3. Górecka M, Niskich J. Starość w ujęciu zmian demograficznych w Polsce. Pielęg. Pol. 2008; 3 (29): 193–197.
4. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Kędziory-Kornatowskiej K, Muszalik M. (red.). Lublin. Wydawnictwo Czelej; 2007.
5. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Talarska D, Wieczorkowska-Tobis K, Szałkiewicz E (red. nauk.). Wydanie I. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
6. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2004 r.).
7. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J. Podstawy Gerontologii i wybrane zagadnienia geriatry. Lublin. Wydawnictwo Czelej; 2000.
8. Kalinowski P. Starzenie się społeczeństwa Polskiego i jego następstwa dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wiad. Lek. 2002; 55 1 (1): 196–199.
9. Wilmowska-Pietruszyńska A, Putz J. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Post. N. Med. 2009; 22 (4): 264–267.
10. Gruszczak A, Dudzińska M, Piątkowski W, Siwiec J. Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów. Zdr. Publ. 2007; 117 (4): 440–443.
11. Kalinowski P. Zmiany demograficzne w województwie lubelskim w najbliższych dziesięcioleciach; Problemy Rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce. T. II; Lublin 2002: 112–115.
12. Błaszczak R, Cislak P, Ciota M, Jędrzejewska B. Problemy medyczne i społeczne związane z narastającą liczbą osób w wieku starszym; Problemy Rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce. T. II. Lublin 2002: 303–311.
13. Sygit K, Sygit M, Pietrzak M, Owoc A. Obraz osób starszych w opinii studentów; Zdrowie Publiczne 2007 117 (3): 355–360.
14. Rybka M, Kędziora-Kornatowska K. Uwarunkowania demograficzne i zdrowotne wpływające na rozwój opieki geriatrycznej i długoterminowej; Family Medicine & Primary Care Review. 2006; 8 (2): 461–463.
15. Moskalewicz B, Targowski M, Pazdur J. Opieka reumatologiczna: zapotrzebowanie i dostępność; Reumatologia. 2007; 45(1): 18–21.

16. Tokarski S. Możliwości i potrzeby opiekuńczo-lecznicze środowiska wiejskiego Lubelszczyzny; *Zdrowie Publiczne* 2001; 111(1): 13–19.
17. Borek-Wojciechowska R, Kłokow S. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej jako jeden z aspektów opieki. *Zdrowie Publiczne*. 2007; 117 (3): 381–385.
18. Lisowska K. Lepiej być zdrowym niż chorym, ale demografii nie zmienimy. Opieka geriatryczna wymaga korekt. <http://www.rynekzdrowia.pl/Geriatria/Lepiej-byc-zdrowym-niz-chorym-ale-demografii-nie-zmienimy-Opieka-geriatryczna-wymaga-korekt,125266,33.html> (dostęp: 27.05.2013).
19. Bień B. Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski. W: Hrynkiewicz J. O sytuacji ludzi starszych. II kongres demograficzny. Tom II. Warszawa 2012: 151–158.

## Care of elderly – current opportunities in Szczecin and demand in 2025

### Abstract

The 21st century is called the 'age of aging populations'. Aging is a natural stage of human life, but this does not exempt a government from the obligation to provide adequate care for citizens. This is the reason why analysis of the resources of these services, both quantitative and qualitative, is so important.

The aim of this study is to determine the availability of care services for older people in Szczecin and the demand for these services in 2025.

The study involved 19 care centres for the elderly in Szczecin. Analysis of population in Szczecin included data provided by the Central Statistical Office in that city. The chosen research method was a diagnostic opinion poll using a survey technique combined with an interview with representatives of the institutions. Prediction of the population for 2025 was made by calculating the probability of 15-year survival by people at a certain age.

In Szczecin, the age factor is 22%. The factor of the economic burden by the elderly in 2010 was 28%, and in 2025 is expected to be 44%. Representatives of the institutions assessed the access to services in Szczecin usually as bad (40%) or moderate (30%). Most indicated barriers to accessing these services as being the small number of places in institutions, the high cost to customers, the small number of institutions.

Conclusions: 1. The phenomenon of demographic transition and population aging also relates to the city of Szczecin. 2. In the area of Szczecin, care services for older people are provided mainly by social welfare and health care and the private sector. 3. The services in Szczecin should be expanded.

### Key words

Health Services for the Aged, Social Welfare, Demography