

Maria BIELAK
Politechnika Śląska
Wydział Architektury

ZRÓŻNICOWANE FORMY ZAMIESZKANIA OSÓB STARSZYCH ZALEŻNE OD ICH INDYWIDUALNYCH POTRZEB I OCZEKIWAŃ

Streszczenie. Obserwowane w świecie zmiany społeczno-ekonomiczne, coraz szybszy postęp techniczno-informatyczny, wzrost stopy życiowej ludności oraz szybki rozwój medycyny przyczyniają się do wydłużenia trwania życia człowieka. Konsekwencją tego jest szybszy wzrost liczby osób w podeszłym wieku. Wraz z procesem starzenia się społeczeństw pojawiają się nowe, ważne problemy związane ze stworzeniem tej grupie należytych, godnych warunków życia i zamieszkania. Wzrasta zapotrzebowanie na różnorodne formy mieszkaniowe, przystosowane dla osób starszych, formy o różnym stopniu udogodnień i poziomie opieki oraz dostosowane do indywidualnych potrzeb i oczekiwań współczesnych seniorów.

Słowa kluczowe: formy zamieszkania, dom opieki, placówka opiekuńcza, potrzeby i oczekiwania ludzi starszych.

DIVERSE FORMS OF RESIDENCE FOR ELDERLY PEOPLE DEPENDENT ON THEIR INDIVIDUAL NEEDS AND EXPECTATIONS

Summary. Social-economic changes observed in the world, rapid advancements in information technology, rise in the standard of living and fast development of medicine contribute to longevity. In consequence there is rise of numbers of elderly people. With aging population there emerge new important issues related to provision for fair and dignified living & housing. There is growing demand for various types of housing accommodation accessible for elderly people – forms with wide spectrum of facilitation and varying level of care as well as adjusted to individual needs and expectations of nowadays seniors.

Keywords: housing forms, nursing home, caring institutions, seniors' needs and expectations.

1. Współczesne formy zamieszkania skierowane do seniorów

Wzrastająca liczba osób starszych w społecznościach lokalnych, poczucie bezradności i niepewności oraz ich samotność wskazują na konieczność poszukiwania nowych ofert pomocy oraz nowych form rozwiązań środowiska zamieszkania dla seniorów. Należy

pamiętać, że starość jest bardzo zróżnicowana, a pomocy i współdziałania wymagają wszyscy, nie tylko ludzie najmniej sprawni fizycznie czy umysłowo. Należy więc poszukiwać takich rozwiązań, które zaspokajałyby jak najwięcej potrzeb i oczekiwań seniorów.

Polityka społeczna państwa jako działalność praktyczna powinna zmierzać nie tylko do zapewniania miejsc w domach pomocy społecznej czy różnych form doraźnych usług opiekuńczych (coraz bardziej kosztownych dla budżetu, ograniczających się na ogół do przygotowywania posiłków, udzielenia pomocy w porządkach domowych czy robieniu zakupów), ale powinna także dążyć do coraz bardziej efektywnego wykorzystywania, przeznaczonych na ten cel w budżecie środków finansowych.

Obecnie funkcjonujące formy opieki nad osobami starszymi dzielą się na dwa podstawowe typy: instytucjonalne i nieinstytucjonalne z usługami domowymi. Opieka instytucjonalna dotyczy domów opieki zapewniających usługi bytowe, pielęgniarskie oraz opiekuńcze. W zależności od tego, na co kładziony jest nacisk, można rozróżnić placówki o różnej specjalności. Jeżeli dana placówka oferuje więcej usług opiekuńczych niż medycznych, to miejsce to związane jest z opieką pośrednią, opieką w domu lub pomocą życiową. Gdy nacisk położony jest na wysoki poziom usług medycznych, na przykład rehabilitacja po wylewach czy złamaniach, miejsce to nazywa się wyspecjalizowaną placówką opieki pielęgniarskiej. Prowadzenie placówek opieki regulują szczegółowe przepisy. Działające domy raz do roku poddawane są gruntownej inspekcji i jeżeli widoczne są uchybienia w ich funkcjonowaniu, są one zamykane. Do nieinstytucjonalnych form opieki należą własne mieszkania, domy lub osiedla emeryckie z możliwością korzystania z usług medycznych i opiekuńczych.

Obie formy opieki posiadają zalety i wady; dla jednego mieszkańca życie w środowisku domowym jest korzystne ze względu na kontakt z różnymi grupami wiekowymi, a dla drugiego – może okazać się to męczące lub nawet niemożliwe. Natomiast przebywanie wśród osób w podobnym wieku związane jest z większą aktywnością, ponieważ środowisko to posiada cechy wspólne oraz podobne problemy [1].

W naszym kraju funkcjonują zarówno publiczne placówki jak i niepubliczne formy opieki nad ludźmi starymi, które stanowią kontynuację formy, jaka wykształciła się jeszcze w czasach PRL, na fali silnego zainteresowania problematyką starości w latach 60. XX w. w Europie. Powstałe koncepcje architektoniczne, z uwagi na ciągle niski poziom materialny ludzi starych, były i są nadal „zgrzebne” i z reguły niedostosowana do fizycznych i psychicznych potrzeb człowieka. Ponadto nie uwzględniają statusu materialnego i różnorodności indywidualnych zapotrzebowań przestrzennych wynikających z poziomu aspiracji kulturowych i stanu zdrowia poszczególnych użytkowników.

Społeczeństwa zachodnie, zasobniejsze finansowo od naszego, dopracowały się już licznych modeli zarówno przestrzennych, jak i organizacyjnych, które jednakże nie mogą być przenoszone w sposób automatyczny do naszego kręgu kulturowego. Potrzebujemy nowych

wzorców dostosowanych do naszej kultury i oczekiwań oraz możliwości finansowych naszego społeczeństwa.

2. Nowe, zróżnicowane formy zamieszkania

Nowoczesne tendencje w zakresie opieki nad osobami w podeszłym wieku zmierzają przede wszystkim w kierunku powstawania szerokiego wachlarza różnorodnych form opieki. Chodzi o to, by maksymalnie ograniczać liczbę miejsc w placówkach typu rezydencjonalnego, a zastępować je nowymi, bardziej „humanitarnymi” formami zamieszkania. Pomimo tych starań liczba miejsc w placówkach opieki długoterminowej w wielu krajach wzrasta. Coraz większa liczba osób, które wymagają wsparcia, powoduje, iż kraje wysoko uprzemysłowione muszą intensywnie poszerzać bazę w tego typu placówkach. Uruchomienie opieki w innych formach ogranicza te tendencje, a wzrost liczby w placówkach rezydencjonalnych następuje wolniej aniżeli przyrost osób kwalifikujących się do nich.

Przykłady licznych i bardzo zróżnicowanych form życia i zamieszkania dla seniorów występujące w krajach rozwiniętych ukazują sposoby, w jakich obecnie funkcjonują te ośrodki. Kraje zachodnie powoli odchodzą od zinstytucjonalizowanej formy opieki, od koncepcji hospitalizacji, czy umieszczania, „zamykania” w zakładach lub placówkach opiekuńczych, na rzecz integracji społecznej tej grupy osób. Dane statystyczne podają, że jedynie 5% osób powyżej 65 roku życia mieszka w domach opieki bądź w podobnych placówkach. Dotychczasowe zbiorowe formy zamieszkania zostają wypierane przez mieszkania samodzielne, mieszkania indywidualne „pod opieką”, wspólnoty mieszkaniowe, sąsiedzkie czy domy mieszkalne grupowe.

Nowe formy zamieszkania powstały na bazie przyjętego przez kraje zachodnioeuropejskie w latach 80. XX w. paradygmatu „normalności” lub też „normalizacji życia” osób niepełnosprawnych. Zasady normalności powstały w Dani, rozpowszechniły się na kraje europejskie, głosiły one równość wszystkich. Według nich osoby niepełnosprawne powinny móc korzystać z tych samych usług, instytucji i zaopatrzenia, co pozostała część społeczeństwa. Jednostki mieszkaniowe powinny mieć charakter wspólnot, być usytuowane w osiedlach mieszkaniowych, a wszystkie obiekty użyteczności publicznej powinny być dostępne dla wszystkich. Cechami charakterystycznymi dla tych form są:

- „lokalizacja zintegrowanych jednostek mieszkaniowych w centralnych miejscach gmin lub miast,
- tworzenie w nich obszarów wspólnego użytkowania, zapewniających integrację z mieszkańcami i otoczeniem,
- zapewnienie zasady samopomocy i wsparcia publicznych służb usługowych,

- przyjęcie rozwiązań budynków mieszkalnych i mieszkań sprzyjających samodzielności ich mieszkańców i związków „rodzinnych”,
- poszukiwanie atrakcyjnych, współczesnych rozwiązań architektonicznych, odbiegających od dotychczas realizowanych form „szpitalnych”. [3]

Widoczny wpływ na nowe rozwiązania środowiska zamieszkania miał obowiązek uwzględniania tzw. ośmiu podstawowych zasad normalności, określających życie przyszłych użytkowników, wykluczający instrumentalny sposób ich traktowania. Zasady normalności odnosiły się do wszystkich grup osób niepełnosprawnych, starszych i brzmiały one następująco:

1. „Normalny schemat dnia (poranek, kilka godzin pracy, zajęć, popołudnie, wieczór i wspólna kolacja oraz odpoczynek).
2. Normalny schemat tygodnia (5 dni pracy, zajęć i czas wolny, przeznaczony na rekreację i spotkania towarzyskie, weekend).
3. Normalny przebieg roku (wyraźnie „odczuwane” pory roku, dni świąteczne, okres wakacji i urlopów).
4. Możliwość przejścia przez wszystkie etapy życia (okres dzieciństwa, wiek młodzieńczy, okres dojrzałości, wiek starszy).
5. Możliwość zaspokojenia wszystkich życzeń, potrzeb i wyborów (korzystanie ze wszystkich dostępnych dla tzw. sprawnej części społeczeństwa urządzeń, dóbr materialnych, usług, pomocy itp.).
6. Możliwość życia w świecie biseksualnym (aby tzw. rodziny dobierały się wg wzajemnej przyjaźni i sympatii, co pozwalało na łączenie się w pary).
7. Normalny standard życia (dotyczyło to wyposażenia mieszkań, ubiorów itp.)
8. Dostęp do tych samych instytucji i usług, przewidzianych dla wszystkich ludzi.” [3].

Przytoczone powyżej „zasady normalności” niewątpliwie stały się jedną z podstaw tworzenia nowych wzorców użytkowania dla polskich placówek opiekuńczych czy tworzących się nowych form zamieszkania dla ludzi starszych. Analizując wytyczne zawarte w polskim Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, określające warunki, jakie powinna spełniać dana placówka opiekuńcza oraz określające ogólnikowo potrzeby jej mieszkańców, możemy zaobserwować bezpośrednie odniesienia do poszczególnych punktów tzw. ośmiu podstawowych zasad normalności. Jednakże w przypadku naszego państwa panująca rzeczywistość w tej sferze znacznie odstaje od wytycznych i założeń zapisanych na kartach ustaw czy rozporządzeń [13].

3. Podział form mieszkalnictwa dla osób starszych

Tabela 1 zawiera wykaz występujących na świecie różnorodnych form opieki i zamieszkania dla seniorów. Powstała ona na bazie analiz dostępnych danych dotyczących środowiska życia i zamieszkania osób starszych, zawartych w krajowych i zagranicznych pozycjach książkowych oraz przedstawionych na stronach internetowych [1, 3, 5, 7].

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, która forma jest preferowana w danym kraju. Można powiedzieć, że różnice w krajach europejskich mogą występować w organizacji podobnie funkcjonujących ośrodków, co wynika z przepisów prawa danego kraju, miasta czy regionu. Wybór formy powinien zależeć od osoby najbardziej zainteresowanej, od przyszłego mieszkańca, jego indywidualnych preferencji i potrzeb. Jest on wynikiem złożonych czynników, tj. prowadzonej przez dane państwo polityki społecznej, zamożności i stopnia otwartości i wyedukowania społeczeństwa, dominującego w danym kraju stylu życia mieszkańców, ich kultury, przyzwyczajzeń, modelu rodziny.

Istotne jest to, aby każde państwo zapewniło szeroką gamę ofert zamieszkania, skierowaną do seniorów, żeby istniało wiele różnorodnych opcji wyboru środowisk mieszkalnictwa o należyтым, godnym standardzie.

Tabela 1

Ogólny podział form mieszkalnictwa dla osób i starszych (opracowanie autorskie)

OGÓLNY PODZIAŁ FORM MIESZKALNICTWA DLA OSÓB STARSZYCH	
FORMY INDYWIDUALNE – FORMA MIESZKALNICTWA, RODZAJ MIESZKAŃ	
MIESZKANIA SAMODZIELNE – skierowane do osób starszych niewymagających opieki osobistej, medycznej; mogących żyć samodzielnie, szukających bezpieczeństwa i udogodnień płynących z zamieszkania w społeczności	<ul style="list-style-type: none"> – często stanowią samodzielne jednostki mieszkaniowe w dowolnym domu mieszkalnym, – mogą one być zgrupowane w jednym obiekcie (dom dla ludzi starszych) lub znajdować się w różnych domach, w większym kompleksie mieszkaniowym (np. na osiedlu), – wyposażenie tych mieszkań powinno odpowiadać określonym przepisom; powinny być przystosowane dla wózka inwalidzkiego, całkowicie pozbawione barier architektonicznych, – istniejące mieszkania własnościowe czy wynajmowane bardzo rzadko są odpowiednio dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, jednakże dzięki samodzielnemu zamieszkiwaniu umożliwiają maksymalną niezależność pod wieloma względami, – osoby starsze chwalą sobie najbardziej życie, zamieszkiwanie właśnie w takich mieszkaniach.

cd. tabeli 1

<p>MIESZKANIA INDYWIDUALNE „POD OPIEKĄ”</p> <p>– skierowane do osób starszych niebędących w stanie żyć samodzielnie, ale niepotrzebujących również stałej, wykwalifikowanej opieki medycznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> – typ pośredni pomiędzy mieszkaniem samodzielnym a ośrodkami opieki medycznej, – przewidziana jest w nich opieka medyczno-socjalna, – mogą być dostosowane do opieki nad osobami z chorobą Alzheimera czy innymi formami demencji. – w zależności od wymagań, potrzeb mieszkańców większość mieszkań z opieką tworzy indywidualny plan usług, który jest regularnie uaktualniany, – mieszkania powinny być wyposażone w odpowiednie systemy alarmowo-przywoławcze, umożliwiające wezwanie niezbędnej pomocy lub usługi pielęgniarstwa przez całą dobę.
<p>FORMY WSPÓLNE – FORMA MIESZKALNICTWA, RODZAJ MIESZKAŃ</p>	
<p>Alternatywą dla indywidualnych mieszkań „pod opieką” są wspólne formy zamieszkiwania; różnią się od tradycyjnych tym, że niezbędne usługi i ewentualna opieka usytuowane są na wspólnym terenie i są do dyspozycji na wezwanie każdego mieszkańca.</p>	
<p>WSPÓLNOTA MIESZKANIOWA (3–15 osób)</p> <p>– skierowana do osób starszych niewymagających opieki</p>	<ul style="list-style-type: none"> – osoby starsze żyją samodzielnie we własnych pokojach, w wyodrębnionej jednostce mieszkalnej i wspólnie użytkują inne pomieszczenia (kuchnię, pokój dzienny, hol, taras, balkon, piwnice itp.)
<p>WSPÓLNOTA DOMOWA (mogą być liczniejsze od wspólnot mieszkaniowych)</p> <p>– skierowana do osób starszych niewymagających opieki</p>	<ul style="list-style-type: none"> – osobne mieszkania znajdujące się w jednym budynku lub kompleksie mieszkalnym (4–12 jednostek mieszkaniowych), – wielkość mieszkań zależy od potrzeb lub wymagań mieszkańców, – mieszkania mają połączenie telefoniczne z dyżurującą pielęgniarką, – mieszkańcy mogą korzystać z systematycznej opieki lekarskiej, mają możliwość zlecenia zatrudnionym w takim domu pracownikom wykonania różnych czynności, tj. robienie zakupów, sprzątanie.

cd. tabeli 1

<p>WSPÓLNOTA SĄSIEDZKA</p> <p>– częściowo samodzielne wspólnoty mieszkaniowe przeznaczone dla osób mających problemy z samodzielnym prowadzeniem gospodarstwa domowego (przynależność do wspólnoty jest częściowa; powrót do dobrej kondycji umożliwia ponowne osiągnięcie pełnej samodzielności osoby)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – mieszkańcy osiedla, bloku mieszkalnego lub ściśle określonego kompleksu mieszkaniowego mają stworzone warunki do nawiązania wspólnych kontaktów, – programy wspólnego zamieszkiwania są częściowo uzależnione od wieku mieszkańców; mieszkańcy sami kształtują program i współdziałają przy opracowaniu projektu dla samodzielnie organizowanej wspólnoty mieszkaniowej, – wspólnoty mieszkaniowe z zapewnioną pełną pomocą i opieką pielęgniarzką korzystają z zewnętrznych zakładów zaopatrzeniowo-usługowych, w celu utrzymania na właściwym poziomie własnych gospodarstw domowych.
<p>WSPÓLNOTY CIĄGŁEJ OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI</p> <p>– kampusy mieszkaniowe zapewniające ciągłość opieki: od domów prywatnych, Mieszkania Niezależnego,</p> <p>– do Mieszkania z Opieką, wreszcie Ośrodków Opieki Medycznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> – oferują seniorom niezależny tryb życia we własnych domach, dają również możliwość korzystania z usług związanych z mieszkaniem z opieką oraz wykwalifikowaną opieką pielęgniarzką, – oferują różnorodne usługi: sprzątanie, pranie, posiłki we wspólnych jadalniach, opiekę nad domem i terenem, bezpieczeństwo, programy socjalne, rekreacyjne i kulturalne, – możliwość korzystania z usług medycznych: opieki osobistej i pomocy przy codziennych czynnościach, opieki pielęgniarzkiej, rehabilitacji, opieki w hospicjum, specjalistycznej opieki nad osobami z chorobą Alzheimera.
<p>OŚRODKI OPIEKI MEDYCZNEJ</p> <p>– przeznaczone dla osób nie mogących żyć samodzielnie, wymagających stałej profilaktycznej, terapeutycznej oraz rehabilitacyjnej opieki pielęgniarzkiej w stanach przewlekłych</p>	<ul style="list-style-type: none"> – dostosowane są do opieki nad osobami z chorobą Alzheimera, demencją starczą, – zapewniają indywidualną opiekę oraz zatrudniają specjalistyczny personel, przeszkolony w zakresie technik kontroli zachowań, – są jednostkami zamkniętymi – nie chodzi tu o ograniczenie wolności pacjentów, tylko ograniczenie możliwości wyjścia poza oddział, – posiadają indywidualne rozwiązania funkcjonalno-behawioralne, ze względu na swoiste potrzeby tej grupy pensjonariuszy, – są całkowicie pozbawione barier oraz posiadają system alarmowo-przywoławczy, – we wnętrzach znajdują się dodatkowe wskazówki orientacyjne w postaci obrazków, napisów, a brak nadmiernej dekoracji zmniejsza możliwość dezorientacji.

W europejskim modelu opieki nad ludźmi starszymi dominuje tendencja do optymalnego wydłużania czasu ich pobytu w miejscach zamieszkania. Widoczne są dążenia do zapewnienia osobom starszym wszechstronnego wsparcia, stworzenia jak najlepszych warunków do życia w dotychczasowych środowiskach. Nasz system pomocy seniorom powinien także opierać się na tej fundamentalnej zasadzie. Powinni oni jak najdłużej pozostawać w dotychczasowym otoczeniu, przy jednoczesnym stopniowym zwiększaniu jego standardów, poziomu i rodzaju usług, z poszanowaniem swobody wyboru miejsca pobytu przez zainteresowanych. Środowisko to powinno być całkowicie dostosowane do potrzeb ludzi starszych i niepełnosprawnych, pozbawione barier architektonicznych, odpowiednio wyposażone we właściwe urządzenia i instalacje. Powinna być zapewniona bliskość urządzeń infrastruktury społecznej i placówek usługowo-handlowych, a przede wszystkim koszty utrzymania powinny być przystępne dla każdego zainteresowanego [1].

Można tu wymienić stosowane formy życia i zamieszkania seniorów:

- utrzymanie samodzielności zamieszkania ludzi starszych we własnym mieszkaniu,
- samodzielność zamieszkania blisko dzieci, rodziny, znajomych i wspomagana domami dziennego pobytu dla ludzi starszych,
- wspólnoty mieszkaniowe seniorów,
- rodziny zastępcze,
- rodzinne domy pomocy społecznej,
- małe środowiskowe ośrodki opiekuńcze, domy opieki,
- domy dla ludzi starszych wymagających wsparcia, pomocy,
- domy dla ludzi starszych wymagających specjalistycznej opieki.

Wpływ na wybór odpowiedniej formy ma wiele złożonych czynników, przede wszystkim indywidualne potrzeby i preferencje jednostki. Z jednej strony lepiej mieszkać w środowisku domowym, wywołuje to poczucie integracji ze społeczeństwem, zachowanie prywatności; jednakże może mieć to też negatywną stronę, może być męczące i uciążliwe. Z drugiej strony przebywanie wśród osób w podobnym wieku związane jest z pozytywnym morale, większą aktywnością, z bezpośrednim zadowoleniem z mieszkania. Środowisko to posiada podobne problemy i potrzeby, a bliskość fizyczna osób starszych zwiększa wzajemną atrakcyjność, chęć do życia.

4. Podsumowanie

Wprowadzanie nowej, szerokiej gamy form zamieszkania wydaje się dobrym rozwiązaniem. Bogata oferta skierowana do seniorów będzie powodowała możliwość wyboru odpowiedniej formy, najdogodniejszej dla indywidualnego użytkownika. Należy założyć, że wszystkie rozwiązania będą spełniać należyte standardy, a zawarte w nich funkcje będą odpowiadały europejskim wymogom.

Wybór formy opieki, zamieszkania powinien być dokonywany indywidualnie przez osobę starszą, najbardziej zainteresowaną. Wybrana forma powinna zależeć głównie od warunków zdrowotnych i indywidualnych potrzeb danej osoby, warunków dotychczasowego zamieszkania, od stosunków panujących w rodzinie oraz od możliwości finansowych. Niestety, szczególnie w Polsce, przy wyborze formy mieszkalnictwa decydującą rolę odgrywają środki finansowe, które wśród polskich emerytów są znacznie ograniczone. Istotnym faktem jest także stosunkowo niska oferta samych form zamieszkania, skierowana do seniorów oraz niski stan tego typu mieszkalnictwa. Stan ten spowodowany jest przesłankami ekonomicznymi oraz brakiem nowoczesnego normatywu uwzględniającego, obok przepisów i norm, pełną gamę potrzeb i oczekiwań seniorów względem środowiska zamieszkania. Oferowany przez niektóre instytucjonalne placówki „substandard” powinien zostać jak najszybciej zmieniony i dostosowany do standardów europejskich.

Bibliografia

1. Bielak M.: Optymalne środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2011.
2. Frąckiewicz L. (red.): Starość jako problem społeczno-ekonomiczny, [w]: W obliczu starości. Ośrodek Wydawnictwo Augustana Sp. z o.o., Katowice 2007.
3. Grabowska-Pałęcka H.: Niepełnosprawni w obszarach i obiektach zabytkowych. Problemy dostępności. Politechnika Krakowska, Kraków 2004, s. 123.
4. Kuldschun H., Rossman E.: Budownictwo dla upośledzonych fizycznie. Wydawnictwo Arkady, Warszawa 1980.
5. Kuryłowicz E.: Projektowanie uniwersalne. Udostępnienie otoczenia osobom niepełnosprawnym. CBRRON, Warszawa 1996.
6. Kuryłowicz E., Johnni P., Thuresson C.: Projektowanie uniwersalne. Sztokholm miasto dla wszystkich. Integracja, Warszawa 2005.
7. Meyer-Bohe W.: Budownictwo dla osób starszych i niepełnosprawnych. Wprowadzenie: dr inż. Liliana Schwartz. Arkady, Warszawa 1998.
8. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. 2005 nr 217, poz. 1837.
9. Skibniewska H., Frąckiewicz L. (red.): Modele mieszkalnictwa dla osób starszych i niepełnosprawnych. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1994.
10. Skibniewska H.: Zintegrowane formy mieszkalnictwa dla osób starszych i niepełnosprawnych, [w] Kształtowanie przestrzeni miejskiej i budynków dla potrzeb osób niepełnosprawnych. COOBPBO, Warszawa 1995.

11. Włodarczyk J.: Projektowanie mieszkań dla osób starszych. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 1987.
12. Zaniewska H.: Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian. Instytut Gospodarki Mieszkaniowej, Warszawa 2001.