

AUTOREFERAT

1. Imię i nazwisko: Katarzyna Szczerbińska

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

1985 – lekarz medycyny (Akademia Medyczna w Krakowie; Wydział Lekarski)

1990 - lekarz chorób wewnętrznych (Kraków)

1993 - specjalista geriatrici (Warszawa)

2000 - dyplom dwuletnich studiów podyplomowych: „Zarządzanie szpitalem i administracja zdrowiem publicznym.” (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie)

2003 – doktor nauk medycznych (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie; Wydział Lekarski) Praca doktorska pt. *„Determinanty zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze osób w wieku podeszłym. Badania populacyjne.”*

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych.

1994-2003 – asystent w Instytucie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Od 2003 do chwili obecnej – adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie ukończyłam w 1985 roku. Staż podyplomowy z zakresu chorób wewnętrznych w Klinice Geriatrii AM w Krakowie zdecydował o moich przyszłych zainteresowaniach. W 1986 roku podjęłam pracę w przylegającym do Kliniki Geriatrii Domu Pomocy Społecznej (DPS), co otworzyło mi możliwość uczęszczania na staże specjalizacyjne z zakresu chorób wewnętrznych, a następnie geriatrici. W ramach tych stażów prowadziłam pacjentów w Klinice Geriatrii, prowadziłam również zajęcia z zakresu chorób wewnętrznych dla studentów Wydziału Lekarskiego AM (1991-92). Ponadto pełniłam funkcje lekarza prowadzącego na dwóch oddziałach DPS dla osób starszych i dla osób przewlekle chorych oraz lekarza

zakładowego. W wyniku restrukturyzacji DPS został przekształcony w Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (ZOL), w którym samodzielnie prowadziłam dwa oddziały w sumie dla ok. 150 pacjentów. W latach 1992-1993 pełniłam również funkcję p.o. zastępcy dyrektora ds. leczenia ZOL. Jednocześnie rozwijałam umiejętności zawodowe, uzyskując specjalizacje z zakresu chorób wewnętrznych (1990) i geriatricz (1993).

Pracując w placówkach opiekuńczych, opiekując się również pacjentami w środowisku domowym, stykałam się z organizacyjnymi problemami opieki nad osobami starszymi, które uświadomiły mi, że działania zawężone do opieki medycznej nie gwarantują odpowiedniej jakości życia osobom w podeszłym wieku. Te spostrzeżenia skłoniły mnie w 1993 roku do podjęcia pracy w nowo powstałej Szkole Zdrowia Publicznego (SZP) Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, gdzie z pełną determinacją staram się zaszczepić zasady opieki geriatricznej, paliatywnej i długoterminowej przyszłym i obecnym menadżerom opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. SZP od roku 1997 jako Instytut Zdrowia Publicznego jest częścią Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium, gdzie pracuję do chwili obecnej. W okresie zatrudnienia w IZP UJCM pracowałam jako lekarz kolejno: w poradni geriatricznej w przychodni specjalistycznej, w Domu Pomocy Społecznej im. A.L. Helclów w Krakowie (dla około 350 mieszkańców), gdzie pełniłam funkcję lekarza koordynującego opiekę lekarską kierując zespołem lekarskim, w NZOZ DOM-MED w Krakowie pełniąc funkcję ordynatora oddziału paliatywno-hospicyjnego, w poradni geriatricznej przy NZOZ Praktyce Grupowej Lekarzy Rodziny w Krakowie.

Pierwsze lata pracy na uczelni poświęciłam pracy dydaktycznej, która wymagała opracowania programu nowych studiów z zakresu zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej i administracji zdrowiem publicznym, w tym przygotowania podręczników i materiałów edukacyjnych. Prowadziłam autorskie zajęcia z organizacji opieki na osobami starszymi (zasady opieki geriatricznej, paliatywnej i długoterminowej oraz promocja zdrowia osób starszych). Ponadto realizowałam zajęcia z zakresu chorób społecznych i jakości opieki zdrowotnej. Stopniowo poszerzając spektrum pracy dydaktycznej prowadziłam zajęcia w wymienionych obszarach dla studentów kierunków stacjonarnych zdrowia publicznego, pielęgniarstwa i medycyny oraz niestacjonarnych kierunków: Zarządzanie szpitalem i administracja zdrowiem publicznym, Podyplomowe Studium Promocji Zdrowia oraz dla

studentów studiów międzynarodowych European Master of Public Health. Ponadto w latach 2007-2009 prowadziłam wykłady dla lekarzy medycyny będących w trakcie specjalizacji lekarskich w ramach obowiązkowego kursu „Zdrowie Publiczne” organizowanego przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego. W ramach kilkuletniej współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Krakowie, ze Szkołą Pracowników Służb Społecznych w Krakowie oraz z Medycyną Praktyczną – Szkolenia prowadziłam również szkolenia w zakresie gerontologii i geriatry dla opiekunów osób starszych w pomocy społecznej.

W latach 1993 - 2011 uczestniczyłam w 12 projektach współpracy międzynarodowej pełniąc rolę koordynatora polskiego zespołu w 8 z nich. Projekty te miały charakter edukacyjny (Tempus JEP, Tempus JEN, Leonardo da Vinci), edukacyjno-badawczy (ComPro, CHANGE), oraz typowo naukowy (CLESA 5thFP; PREDICT 7thFP; EUNESE). W ich wyniku powstało ponad 100 publikacji naukowych, a rezultaty badań były wielokrotnie prezentowane na konferencjach naukowych o tematyce z zakresu gerontologii, geriatry i opieki długoterminowej (ponad 80 doniesień, referatów i wykładów), w tym ponad połowa z nich na konferencjach międzynarodowych. Szczegółowy wykaz mojego dorobku znajduje się w załączniku nr 4.

4. Wskazanie osiągnięcia* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego, autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa,

Cykl prac monotematycznych pt.: „Charakterystyka upadków w domach pomocy społecznej ze szczególnym uwzględnieniem czynników determinujących ich częste powtarzanie się.”

Spośród 13 publikacji na temat upadków, których jestem jednym ze współautorów, do pracy habilitacyjnej wybrałam jedynie te, które były przygotowane w ramach jednego projektu. Na rozprawę składają się łącznie 4 prace badawcze dotyczące występowania upadków w domach pomocy społecznej, charakterystyki ich okoliczności i konsekwencji,

czynników wpływających na ich powtarzanie się u tych samych pacjentów oraz sposobu wdrażania procedur zapobiegawczych. Wszystkie przedstawione publikacje dotyczą badań przeprowadzonych w ramach wielośrodkowego, międzynarodowego projektu EUNESE (European Network for Safety among Elderly - Europejska Sieć dla Bezpieczeństwa Osób Starszych) finansowanego w ramach European Public Health Programme (na mocy umowy Agreement n° 2003316) w latach 2004-2007. Otrzymałam zgodę komitetu kierującego projektem (ang. Steering Committee) na wykorzystanie wyników zaprojektowanego w całości przeze mnie badania do przedstawienia ich w formie pracy habilitacyjnej (załącznik nr 11), jak również uzyskałam pozytywną opinię Komisji Bioetycznej UJCM.

Lista publikacji:

Rozprawa habilitacyjna jest zbiorem następujących publikacji jedno-tematycznych:

1. **Szczerbińska K**, Topór-Mądry R. Charakterystyka upadków na podstawie prospektywnej rejestracji w domach pomocy społecznej. *Przegląd Lekarski* 2011;68(9):576-584. **6 pkt MNiSW**
2. **Szczerbińska K**. Okoliczności i czynniki ryzyka upadków powtarzających się i występujących sporadycznie w domach pomocy społecznej. *Gerontologia Polska* 2011;19(3-4):161-170. **9 pkt MNiSW**
3. **Szczerbińska K**, Topór-Mądry R. Association between central nervous system drugs and recurrent falling based on prospective falls registration in nursing homes. *European Geriatric Medicine* 2012;3:82-86.
Czasopismo wydawane przez EUGMS European Geriatric Medicine Specialists Society - w bazie JCR.
4. **Szczerbińska K**, Żak M, Ziomkiewicz A. Role of method of implementing multifactorial falls prevention in nursing homes for elderly persons – The EUNESE project. *Aging Clinical and Experimental Research* 2010;22:261-269.

IF=1,693 20 pkt MiNSW

* w załączniku nr 10 zamieszczono oświadczenia wszystkich jej współautorów, określające indywidualny wkład każdego z nich w powstanie wymienionych prac

b) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Upadki stanowią najczęstszą przyczynę urazów wśród osób starszych, a urazy powstałe w konsekwencji upadku są najczęstszą przyczyną zgonu z powodu urazu w tej grupie wiekowej. Nie jesteśmy w stanie wyleczyć osteoporozy kości, ale możemy zapobiegać upadkom i w ten sposób chronić pacjentów przed poważnymi urazami, takimi jak np. złamanie kości udowej. Literatura naukowa na temat przyczyn i charakterystyki upadków u osób starszych jest obszerna. Pomimo poznania wielu czynników ryzyka i form zapobiegania, badacze nadal poszukują skutecznych programów zapobiegania upadkom. W niedawno przedstawionym stanowisku American Geriatrics Society (AGS) i British Geriatrics Society (BGS) dotyczącym zapobiegania upadkom (*J.Am.Geriatr.Soc.* 2011;59(1):148-157), jak również w wyniku systematycznego przeglądu badań (Cameron et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 1. Art.No.: CD005465) zwrócono uwagę na to, że skuteczność wielu zaleceń stosowanych w odniesieniu do osób starszych przebywających w środowisku domowym nie została potwierdzona w warunkach placówek opiekuńczych, gdzie pacjenci zwykle prezentują gorszy stan zdrowia i niższy poziom sprawności. Dlatego zalecono prowadzenie dalszych badań w celu ustalenia, które elementy strategii zapobiegawczej są istotne i decydują o jej skuteczności, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów przebywających w placówkach opiekuńczych.

Celem projektu EUNESE było przygotowanie strategii zapobiegania urazom wśród osób starszych w Europie. Moim zadaniem jako kierownika polskiego zespołu (principal investigator) było przygotowanie programu zapobiegania upadkom w domach pomocy społecznej. Opracowany przeze mnie program obejmował: ocenę zabezpieczeń przeciw urazom pensjonariuszy w domach pomocy społecznej; szkolenie personelu na temat zapobiegania upadkom; opracowanie karty rejestracji upadków i dokumentacji ułatwiającej wprowadzenie standardu zapobiegania upadkom; wdrożenie tych narzędzi i ocenę skuteczności tego programu. Należy podkreślić, że wspomniany projekt był pierwszą w Polsce próbą bieżącej rejestracji upadków w DPS na dużą skalę, a dokumentacja związana z rejestracją upadków i wdrażaniem standardu zapobiegawczego ma charakter nowatorski.

Kartę rejestracji upadków opracowałam na podstawie rekomendacji AGS i BGS oraz National Institute for Clinical Excellence (NICE 2004). Następnie wprowadziłam ją w 7 domach pomocy społecznej (w sumie dla 822 pensjonariuszy) w Krakowie. Odpowiednio przeszkolony personel DPS wypełniał kartę rejestracji upadków bezpośrednio po każdym zdarzeniu w okresie prowadzenia obserwacji. Należy zauważyć, że w większości dotychczas opublikowanych badań dane na temat okoliczności upadków były zbierane na podstawie relacji retrospektywnej, tzn. pacjenci raportowali liczbę upadków i ich charakter, przypominając sobie ich przebieg, sięgając pamięcią wstecz zwykle 6-12 miesięcy. W zaprojektowanym przeze mnie badaniu możemy spodziewać się wyższej precyzji tej relacji, ponieważ pielęgniarki i opiekunki nie dłużej niż godzinę po upadku opisywały go na karcie, podając jego okoliczności i konsekwencje. Raportowały miejsce zdarzenia, czynność wykonywaną tuż przed upadkiem, czynniki ryzyka środowiskowe i związane ze stanem zdrowia, wszystkie leki, które pacjent zażywał w dniu upadku, oraz charakter urazu, części ciała, których dotyczył, oraz interwencje, jakich pacjent wymagał. Należy podkreślić, że w polskich DPS nie ma obowiązku rejestracji wszystkich upadków. Pielęgniarki raportują tylko zdarzenia wymagające ich interwencji. Tymczasem z moich obliczeń na podstawie zebranych danych wynika, że interwencji innej niż podniesienie z podłogi wymaga mniej niż połowa upadających pacjentów. Wprowadzenie karty rejestracji upadków mogłoby zwiększyć dokładność odnotowywania tych zdarzeń oraz skłonić personel do podejmowania działań zapobiegawczych. Kartę rejestracji upadków opublikowałam w *Gerontologii Polskiej* (2011;19(3-4):161-170). Jest ona prosta w użyciu, a jej wypełnienie trwa zaledwie kilka minut.

Z perspektywy lekarza, pielęgniarki oraz opiekuna znajomość warunków, w jakich najczęściej dochodzi do upadków, ma podstawowe znaczenie, ponieważ pozwala rozpoznać zagrożenie upadkiem i podjąć odpowiednie działania zapobiegawcze. Na podstawie analizy danych zebranych w wyniku rocznej obserwacji prowadzonej w 4 DPS (w sumie dla 478 osób) ustaliłam, że upadki najczęściej występowały w pokoju mieszkańca, w trakcie chodu lub wstawania (z łóżka, krzesła, wózka inwalidzkiego lub sedesu), wskutek potknięcia się lub poślizgnięcia na śliskiej, mokrej lub źle oświetlonej podłodze, w związku z zaburzeniami chodu, równowagi, zawrotami głowy lub pobudzeniem oraz przyjmowaniem większej liczby leków lub określonych grup leków. Upadki najczęściej powodowały urazy głowy, krwiaki,

otarcia lub zranienia powłok skórnych. Mniej niż 10% upadków wymagało interwencji lekarza rodzinnego, pogotowia ratunkowego lub hospitalizacji. Wskaźnik występowania upadków wyniósł średnio 28 na 100 łóżek na rok. Nie wykazano istotnych różnic w tym zakresie pomiędzy analizowanymi typami DPS, co należy jednak interpretować na niekorzyść DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych. Pomimo wyższych wskaźników zatrudnienia personelu opiekuńczego i lepszego przygotowania infrastruktury do zapobiegania upadkom oraz niższej średniej wieku mieszkańców, w tym osób, które upadły, upadki w DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych nie występowały rzadziej niż w DPS dla osób w wieku podeszłym i przewlekle chorych. Może to być wynikiem częstszego u tych pacjentów pobudzenia psychoruchowego i stosowania większej liczby leków, a zwłaszcza leków psychotropowych. Dotychczas wśród czynników ryzyka upadków wymieniano podeszły wiek. W wyniku przedstawionego badania wykazałam, że osoby młodsze, lecz zażywające leki psychotropowe z powodu choroby psychicznej, upadają podobnie często jak niedołążni ludzie w starszym wieku. Różna jest jedynie charakterystyka upadków: mieszkańcy DPS dla psychicznie chorych, jako osoby bardziej sprawne i mobilne, częściej doznają upadku poza budynkiem DPS i w okresie letnim. Co więcej, częściej doznają urazu, który wymaga interwencji medycznej. Z kolei w DPS dla osób w wieku podeszłym i przewlekle chorych częściej dochodzi do upadku w trakcie siadania, co może wiązać się z osłabieniem siły mięśni kończyn dolnych. Uzyskane wyniki powinny zainteresować lekarzy i pracowników DPS i skłonić ich do oceny ryzyka upadków również w grupie osób psychicznie chorych, ze względu na pobudzenie psychoruchowe i stosowane u nich leczenie. (*Przegląd Lekarski* 2011;68(9):576-584.) Ten wniosek wskazuje na konieczność zmiany postrzegania upadków jako problemu typowo geriatrycznego. Skłonność do upadków ściśle wiąże się z zażywaniem leków psychotropowych, a tym samym może pojawiać się bez względu na wiek u osób nimi leczonych.

W ciągu 18 miesięcy obserwacji w 7 DPS (dla 822 osób) zarejestrowano 302 upadki u 165 osób, przy czym około połowa tych osób upadała więcej niż raz w ciągu roku, a ponad dwie trzecie zaobserwowanych upadków miało charakter nawrotowy. Ta obserwacja skłoniła mnie do przeprowadzenia analizy w kierunku ustalenia czynników powiązanych z powtarzaniem się upadków – czemu poświęcona jest kolejna praca (*Gerontologia Polska* 2011;19(3-4):161-170). Upadki zostały podzielone na trzy grupy ze względu na częstość ich

występowania u tych samych osób. W wyniku analizy uzyskanych danych stwierdziłam, że zewnętrzne okoliczności upadków nie różnią się istotnie w badanych grupach. Spośród przyczyn związanych ze zdrowiem pensjonariuszy zaburzenia równowagi i napady drgawek istotnie częściej, niż pozostałe, były zgłaszane jako potencjalny powód powtarzających się upadków. Konsekwencjami powtarzających się upadków było częstsze niż w przypadku upadków sporadycznych: występowanie urazów głowy, zranień powłok skórnych, lęku poudawkowego. W wyniku tej analizy wykazałam, że u mieszkańców DPS czynniki środowiskowe (warunki życia) mają mniejsze znaczenie dla powtarzania się upadków niż stan zdrowia. Oznacza to, że poprawa infrastruktury tych placówek może mieć jedynie ograniczony wpływ na ograniczenie powtarzania się upadków. Pacjenci DPS, którzy wielokrotnie upadają, powinni podlegać wieloczynnikowej ocenie przez lekarzy rodzinnych w celu zdiagnozowania zdrowotnych przyczyn upadków i podjęcia stosownych działań leczniczych i/lub zapobiegawczych. Ten wniosek ma poważne znaczenie praktyczne, ponieważ, jak wykazałam, powtarzające się upadki częściej skutkują urazem. W Polsce reforma opieki zdrowotnej w 1999 roku usunęła lekarzy z DPS, a lekarze rodzinni, którzy przejęli opiekę nad pensjonariuszami, często nie są przygotowani do realizacji standardu zapobiegania upadkom w tego rodzaju placówkach. Dlatego w DPS szczególną rolę pełnią pielęgniarki, które powinny umieć rozpoznawać ryzyko upadków i każdorazowo zgłaszać upadki lekarzom, sygnalizując im konieczność podjęcia odpowiednich działań diagnostycznych i leczniczych w ramach aktualnych zaleceń zapobiegawczych.

Następnie zajęłam się oceną wpływu leków na powtarzanie się upadków. Należy podkreślić, że większość badań dotyczących wpływu leków na występowanie upadków była dotychczas prowadzona wśród osób starszych mieszkających w środowisku domowym. Natomiast rezultaty badań dotyczących wpływu leków na powtarzanie się upadków u pacjentów przebywających w placówkach opiekuńczych są niejednoznaczne. W wyniku analizy danych uzyskanych w trakcie rejestracji upadków wykazałam, że przyjmowanie leków przeciwdrgawkowych, zażywanie więcej niż jednego leku z grupy oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy (OUN) oraz pobyt w DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych wiążą się z istotnie częstszym powtarzaniem się upadków. Należy podkreślić, że prezentowana praca jest jedną z niewielu, w których zastosowano analizę regresji Poissona. Ten rodzaj analizy jest zalecany w celu oceny wpływu określonych czynników na zjawisko

powtarzalności zdarzeń. Uzyskane wyniki prowadzą do wniosków o charakterze praktycznym. Otóż pacjenci przewlekle psychicznie chorzy przebywający w DPS dla tego typu osób, przyjmujący leki przeciwdrgawkowe lub zażywający więcej niż jeden lek działający na OUN, wymagają większej uwagi lekarzy, pielęgniarek i opiekunów z powodu wyższego narażenia na powtarzanie się upadków (*European Geriatric Medicine* 2012;3:82-86.). W pracy zwróciłam uwagę na znaczenie związku zażywania leków przeciwdrgawkowych z powtarzaniem się upadków i na konieczność prowadzenia dalszych badań w kierunku ustalenia roli tych leków w patomechanizmie upadków.

Ostatnia w prezentowanym cyklu praca została poświęcona ocenie sposobu wdrażania programów zapobiegania upadkom (*Aging Clin Exp Res* 2010;22:261-269). W literaturze znajdujemy wiele badań dotyczących programów zapobiegania upadkom. Niektóre z nich są skuteczne u pacjentów mieszkających w środowisku domowym. Niestety działania te rzadko prowadzą do istotnego zmniejszenia częstości występowania upadków w placówkach opiekuńczych. Przyczyną może być konieczność kompleksowego podejścia zarówno do rozpoznawania zwiększonego ryzyka występowania upadków, jak i do podejmowania wielu różnego rodzaju działań zapobiegawczych. Zdecydowanie mniej badaczy zajmowało się dotąd sposobem wdrażania procedury zapobiegania upadkom. Dlatego w przedstawionej pracy skupiłam się na ocenie efektywności elementów organizacyjnych programu zapobiegania upadkom w DPS. Po 4 miesiącach od momentu wdrożenia rejestracji upadków w 3 spośród siedmiu badanych DPS przeprowadzono interwencję polegającą na trzygodzinnym szkoleniu całego personelu opiekuńczego dotyczącym standardu zapobiegania upadkom. Szkolenie obejmowało wykład na temat definicji, przyczyn i czynników ryzyka upadków, jak również praktyczną naukę oceny ryzyka upadków (test „Wstań i idź”, test Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)) oraz zasad ćwiczeń fizycznych stosowanych w zapobieganiu upadkom. Ponadto, jako część interwencji, zaprezentowano formularz dokumentujący realizację kolejnych etapów zapobiegania upadkom i przedstawiono sposób jego wypełniania. Następnie, pod nadzorem zespołu badawczego, personel DPS wprowadził standard zapobiegania upadkom, a wyniki tego działania zostały ocenione w kontekście stopnia wdrożenia poszczególnych etapów procedury zapobiegawczej i wpływu sposobu jej wdrażania na ostateczny wynik, wyrażony częstością występowania upadków. Wykazałam istotny spadek liczby

zaobserwowanych upadków w tych DPS, w których cały personel opiekuńczy (pielęgniarki, opiekunki i fizjoterapeuci) był zaangażowany w realizację oceny ryzyka upadków i innych elementów standardu. Tak dobrych wyników nie obserwowałam w DPS, w którym oceną ryzyka upadków zajmował się tylko jeden, bardzo dobrze przygotowany do tego specjalista (fizjoterapeuta). Te wyniki są głosem w dyskusji na temat znaczenia sposobu wdrażania standardu zapobiegania upadkom. Jest to jedyny w Polsce głos prezentowany w tej sprawie i ważny przyczynek do dyskusji europejskiej. Zaproponowany w Wielkiej Brytanii model opieki wprowadzający "specjalistę do spraw upadków" był bez powodzenia testowany w opiece ambulatoryjnej w Holandii. Wyniki mojego badania realizowanego w opiece instytucjonalnej przekonują, że pracujące w zespole pielęgniarki i opiekunki, które potrafią ocenić sprawność pacjenta i zidentyfikować czynniki ryzyka upadku, skuteczniej stosują metody zapobiegawcze niż specjalista, który bardzo dobrze diagnozuje zagrożenie, ale nie jest w stanie nadzorować działań profilaktycznych w stosunku do wszystkich swoich pacjentów w codziennej praktyce. To stwierdzenie ma znaczenie praktyczne i powinno zachęcać do zespołowego podejścia we wdrażaniu programu zapobiegania upadkom w DPS.

Wnioski i podsumowanie pracy:

1. Opracowałam metodę zapobiegania upadkom w domach pomocy społecznej, której ważnymi elementami są karta rejestracji upadków, dokumentacja standardu zapobiegania upadkom oraz sposób wdrażania tych narzędzi, a o jej skuteczności decyduje stopień zaangażowania w proces oceny ryzyka upadków personelu bezpośrednio opiekującego się mieszkańcami. W wyniku zastosowania tej metody w ciągu 18 miesięcy obserwacji odnotowałam istotny spadek liczby upadków w tych DPS, w których cały personel pielęgniarski i opiekuńczy był włączony we wszystkie etapy procedury zapobiegawczej.
2. Ważnym spostrzeżeniem jest stwierdzenie stosunkowo wysokiego ryzyka występowania upadków wśród osób przebywających w domach pomocy społecznej dla psychicznie chorych oraz u pacjentów zażywających leki działające na OUN. Stanowi ono praktyczną informację dla lekarzy, pielęgniarek i opiekunów tych osób o

konieczności oceny ryzyka upadków i podejmowania stosownych działań zapobiegawczych także w tej grupie mieszkańców DPS.

3. Badanie okoliczności powtarzających się upadków nie wykazało istotnego związku środowiskowych czynników ryzyka z częstszym upadaniem tych samych osób. Powtarzanie się upadków częściej wiąże się ze stanem zdrowia osób, które upadają (zaburzenia równowagi i występowanie napadów drgawek) i skutkuje urazami, które wymagają pomocy medycznej. Z tego powodu, zgodnie z zaleceniami AGS/BGS, należy regularnie pytać pacjentów o występowanie upadków, a w przypadku ich powtarzania – prowadzić kompleksową ocenę ich przyczyn, by wdrożyć odpowiednie działania zapobiegawcze. Szczególną rolę do spełnienia w tym zakresie mają pielęgniarki DPS i współpracujący z nimi lekarze rodzinni.
4. Dotychczasowe wyniki badań nad wpływem leków na powtarzanie się upadków u osób przebywających w placówkach opiekuńczych są niejednoznaczne. Wśród czynników nasilających powtarzanie się upadków najczęściej wskazywane są leki działające na OUN. W wyniku przedstawionego badania wyodrębniono grupę leków przeciwdrgawkowych, jako istotnie powiązanych z powtarzaniem się upadków u mieszkańców DPS. Osoby leczone lekami przeciwdrgawkowymi powinny zatem podlegać rutynowej ocenie ryzyka upadków, która jest punktem wyjścia do podejmowania działań zapobiegawczych, w tym rozważenia zmiany sposobu leczenia.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych (artystycznych).

a) Analiza bibliometryczna:

Sumaryczny *impact factor* : 29,055 (wg Journal Citation Reports-JCR)

Liczba cytowań publikacji: 69 (wg ISI Web of Science – kwiecień 2012)

Wskaźnik KBN/MNiSW: 301

Indeks Hirscha wg ISI Web of Science: 4

Dorobek naukowy aktualnie obejmuje **100 naukowych publikacji pełnotekstowych**, w tym szczególnie istotnych jest **27 prac oryginalnych** opublikowanych w czasopismach recenzowanych. W **16** z nich jestem pierwszym autorem. **Dwanaście** prac oryginalnych opublikowałam w czasopismach znajdujących się w bazie JCR, w **5** z nich jestem pierwszym autorem. Ponadto opublikowałam **12** prac poglądowych, **49 rozdziałów w podręcznikach** (w tym **8** w podręcznikach wydanych w oficynach zagranicznych). Jestem redaktorem naczelnym monografii będącej podsumowaniem wyników badań w ramach naukowego projektu CLESA (Szczurbińska K. red. 2006; WUJ) oraz współredaktorem naczelnym dwóch innych monografii. Wspólnie z dr. A. Kozierkiewiczem redagowałam (polsko- i anglojęzyczną) pracę przedstawiającą wyniki ekspertyzy na temat stanu opieki długoterminowej w Polsce. Ponadto wraz z dr E. Wilczek-Rużyczką jestem redaktorem naczelnym podręcznika dla pielęgniarek, który jest jednym z produktów międzynarodowego projektu CHANGE. W wyniku wieloletniej współpracy z Grupą InterRAI jestem współredaktorem serii **8** podręczników w języku angielskim, przedstawiających narzędzia badawcze i standardy opieki geriatrycznej. W ramach działalności popularyzującej opublikowałam ponadto **30** prac w czasopismach, raportach i innych opracowaniach oraz zamieściłam autorskie teksty na stronach internetowych kierowanych przeze mnie projektów.

Sumaryczne zestawienie publikacji pełnotekstowych, których jestem autorem lub współautorem:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Prace oryginalne: | 27 prac, w tym 12 prac w czasopismach w bazie JCR; |
| | w 16 pracach – jako pierwszy autor; w tym w 5 pracach w czasopismach w bazie JCR; |
| 2) Prace poglądowe: | 12 prac |
| 3) Rozdziały w podręcznikach: | międzynarodowych 8 |
| | krajowych 41 |
| 4) Prace popularno-naukowe i inne | 30 |

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 5) Komentarz do redakcji czasopisma | 1 |
| 6) Naczelny redaktor lub współredaktor monografii:
w języku polskim | 3 |
| 7) Współredaktor monografii, podręcznika akademickiego lub serii wydawniczej:
w języku angielskim | 8 |

Szczegółowy wykaz publikacji w załączniku nr 4.

b) Kierowanie międzynarodowymi i krajowymi projektami badawczymi lub udział w takich projektach

W okresie od 1993 – 2010 roku uczestniczyłam w **12 projektach międzynarodowych** (w ramach BIOMED2, 5th FP, 7th FP, European Public Health Programme, Leonardo da Vinci, Lifelong Learning Programme – GRUNDTVIG, Tempus), **pełniąc rolę kierownika polskiego zespołu w 8 z nich**. Ponadto pełniłam rolę **kierownika w 7 projektach finansowanych ze źródeł krajowych**.

1. Udział w projektach międzynarodowych finansowanych ze środków Unii Europejskiej - 12

- | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1993-1995 | Kierownik projektu Tempus JEP Nr 3734/92, którego wynikiem jest opracowanie dwustugodzinnego programu dydaktycznego Podyplomowego Studium Promocji Zdrowia i stworzenie nowej specjalności "specjalisty promocji zdrowia". |
| 1995-1997 | Kierownik projektu Tempus JEN Nr 3734/92, którego wynikiem jest opracowanie programu dydaktycznego i materiałów edukacyjnych w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów. |
| 1998-2001 | Udział w projekcie Tempus JEP Nr 12 273/97 (Liderzy Opieki Zdrowotnej - Leaders for Health Care), którego wynikiem jest |

- opracowanie programu 5-letnich studiów stacjonarnych na kierunku „Zdrowie Publiczne”.
- 1998-2001 Udział w międzynarodowym wielośrodkowym projekcie badawczym COPE (Opiekunowie osób starszych w Europie - Carers of Older People in Europe) finansowanym z **Biomedicine and Health Research (BIOMED2)** Nr BMH4-CT98 3374 / IC20-CT-0213. Jego efektem było opracowanie kwestionariusza oceny jakości życia opiekunów osób starszych COPE Index.
- 2003-2004 Kierownik polskiego zespołu (principal investigator) w wielośrodkowym, międzynarodowym projekcie badawczym **CLESA** (Międzynarodowe badanie determinantów jakości życia i świadczeń zdrowotnych dla osób starszych - Cross-National Determinants of Quality of Life and Health Services for the Elderly) finansowanym przez European Union **5th Frame Program** (No QLRT-2001-02932).
- 2004-2005 Współkierowanie (wraz z dr n. med. M. Ścibor) projektem **Leonardo da Vinci „Poprawa bezpieczeństwa jakości usług w instytucjach szpitalnych”** (umowa PL/04/A/Exd/174043).
- 2004-2007 Kierownik polskiego zespołu (principal investigator) w projekcie badawczym poświęconym zapobieganiu urazom osób starszych w domach pomocy społecznej w ramach wielośrodkowego, międzynarodowego programu **EUNESE** (Europejska Sieć dla Bezpieczeństwa Osób Starszych - European Network for Safety among Elderly) finansowanego z **European Public Health Programme** (Agreement n° 2003316)
- 2004-2007 Udział w projekcie Leonardo da Vinci "**Specjalistyczny język angielski w zdrowiu publicznym**" (Specialist English for Public Health Professionals in Europe) (Agreement No PL/04/B/F/LA - 174 434), którego wynikiem było przygotowanie słownika i podręcznika do nauki języka angielskiego w zakresie zdrowia publicznego.

- 2006-2008 Kierownik polskiego zespołu (principal investigator) w międzynarodowym projekcie edukacyjno-badawczym **ComPro** (Profile kompetencji dla wspomagających kształcenie w opiece nad ludźmi starszymi - Competence Profiles for Learning Supporters in Elderly Care) w ramach programu Leonardo da Vinci (Agreement n° 2006 146 552 ComPro), którego celem było określenie kompetencji osób odpowiedzialnych za kształcenie ustawiczne opiekunów osób starszych w ich miejscu pracy.
- 2006-2008 Udział w projekcie edukacyjno-badawczym **StandardCare** (Standardisation of training programmes and accreditation for care of people with complex problems, through use of single assessment processes) w ramach międzynarodowego programu **Leonardo da Vinci** (Agreement No° 2006 UK/06/B/F/PP-162_508), który miał na celu opracowanie jednolitego europejskiego programu szkoleniowego i akredytacji w zakresie „single assessment” w opiece nad osobami starszymi.
- 2008 – 2010 Kierownik polskiego zespołu (principal investigator) w międzynarodowym projekcie badawczym PREDICT (Zwiększanie udziału osób starszych w badaniach klinicznych - Increasing the PaRticipation of the ELDerly In Clinical Trials) finansowanym przez Komisję Europejską w ramach 7-go Projektu Ramowego (umowa nr HEALTH-F4-2008-201917). Celem projektu było opracowanie rekomendacji umożliwiających zwiększenie udziału osób starszych w badaniach klinicznych.
- 2008 – 2010 Kierownik polskiego zespołu (principal investigator) w międzynarodowym projekcie edukacyjno-badawczym CHANGE (Nowe cele promocji zdrowia osób starszych - Care of Health Advertising New Goals for Elderly people) w ramach Lifelong Learning Programme – GRUNDTVIG (umowa nr 142101-LLP-1-2008-1-IT-Grundtvig-GMP), którego celem było opracowanie i ewaluacja modelu promocji zdrowia

osób starszych ukierunkowanego na zmianę zachowań w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej.

Szczegółową informację o tych projektach zamieszczono w załączniku nr 8.

2. Projekty finansowane ze środków krajowych

A. Granty ze środków ministerialnych 3

- 2000 Kierownik projektu DOT nr 115/2000 – ekspertyza p.t.: „Ocena stanu zdrowia i potrzeb zdrowotno-socjalnych osób starszych i osób nimi się opiekujących”.
- 2003-2004 Kierownik specjalnego programu badawczego SPB- 23 będącego (decyzją Przewodniczącego KBN Nr 156/E-390/SPB/5.PRUE/DZ 394/2003-2004) dofinansowaniem dla projektu CLESA („Międzynarodowe badanie determinantów jakości życia i świadczeń zdrowotnych dla osób starszych”).
- 2006-2007 Kierownik specjalnego programu badawczego SPB- 52 będącego (na mocy umowy z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Nr 164/Zdrowie Publiczne/2007/7 z dnia 31.01.2007) dofinansowaniem dla projektu EUNESE (European Network for Safety among Elderly - Europejska Sieć dla Bezpieczeństwa Osób Starszych).

B. Projekty finansowane ze środków Uczelni 4

- 2001-2002 Kierownik projektu WŁ/83/PKL/P: „Porównanie jakości życia ludzi w wieku podeszłym mieszkających w domu pomocy społecznej i w środowisku.” finansowanego ze środków na Badania Własne.
- 2003 Kierownik projektu WŁ/107/PLK/2003: „Walidacja kulturowa kwestionariusza OMFAQ.” finansowanego ze środków na Badania Własne.

2005-2006 Kierownik projektu WŁ/152/PKL/P: „Przygotowanie narzędzia pomiaru jakości w placówkach opieki długoterminowej.” finansowanego ze środków na Badania Własne.

2009-2011 Kierownik projektu K/ZBW/000408: „Ocena stanu zdrowia i wpływu czynników zdrowotnych na występowanie urazów u osób starszych w placówkach opieki długoterminowej” finansowanego ze środków na Badania Własne.

c) Udział w międzynarodowych i krajowych konferencjach oraz udział w komitetach organizacyjnych tych konferencji.

Jestem autorem lub współautorem w sumie **83** wystąpień **na konferencjach naukowych** i zebraniach towarzystw naukowych w latach 1994-2012. Poniżej przedstawiłam sumaryczne zestawienie w zależności od formy wystąpienia.

Wystąpienia na konferencjach, zebraniach towarzystw naukowych itp.:	83
w tym: - streszczenia na konferencjach	
międzynarodowych	47
krajowych	6
- publikacje pełnotekstowe oryginalne w suplementach czasopism	5
- wykłady	13
- wystąpienia bez streszczeń, potwierdzone w programie	12

Wyniki moich badań najczęściej przedstawiałam na konferencjach dotyczących geriatrici, gerontologii i opieki długoterminowej organizowanych przez najważniejsze krajowe, europejskie i światowe towarzystwa gerontologiczne: Stowarzyszenie Medycyny Geriatrycznej Unii Europejskiej (European Union Geriatric Medicine Society – EUGMS), Międzynarodowe Towarzystwo Gerontologii i Geriatrici (International Association of Gerontology and Geriatrics – IAGG), Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, oraz na corocznych Międzynarodowych Konferencjach Opieki Długoterminowej w Toruniu. Powyżej przedstawiłam sumaryczne zestawienie

wystąpień, których jestem autorem lub współautorem. Szczegółowy wykaz prezentacji w załączniku nr 4.

Udział w organizacji konferencji:

2003 - Prowadzenie sesji „Care-givers” na V Europejskim Kongresie Gerontologicznym *Vth European Congress of Gerontology: Quality of Life of Ageing Society*, organizowanym przez IAGG 2-5 lipca 2003 w Barcelonie.

2006 - pomoc w przygotowaniu Konferencji w Senacie RP na temat opieki długoterminowej organizowanej pod egidą Banku Światowego i Europejskiego Banku Inwestycyjnego 22 maja 2006 w Warszawie, w ramach projektu „Situational Analysis and Future requirements for Long-term Care in Poland”.

2007 - Prowadzenie sesji na 1st Conference of the European Network for Safety among the Elderly 14-15 maja 2007, w Brukseli.

2008 - Członek Komitetu Organizacyjnego oraz Sekretarz panelu dyskusyjnego konferencji European Summit – Age Related Diseases 11-13 września 2008 we Wrocławiu. Mój udział polegał na merytorycznym opracowaniu programu do panelu dyskusyjnego: „Health Promotion and Preventive Action” w ramach funkcji Sekretarza panelu. Efektem tej konferencji był dokument programowy Silver Paper, opublikowany w Aging Clin Exp Res i w wielu innych czasopismach naukowych, który wytycza kierunki rozwoju geriatry i gerontologii w Unii Europejskiej.

2009 - Udział w panelu dyskusyjnym na Konferencji „Breaking the Taboo - Przemoc wobec starszych kobiet w rodzinie: rozpoznanie i działanie”, będącej podsumowaniem projektu DAPHNE 20 marca 2009 w Krakowie.

2010 - Member of Steering Group - udział konsultacyjno-doradczy w organizacji Warsztatów „Healthy Ageing” organizowanych przez Generalną Dyрекcję Komisji Europejskiej ds. Zdrowia i Konsumentów (European Commission Directorate General Health and Consumers - DG Sanco EC). Celem warsztatów było pozyskanie

informacji w celu opracowania strategii przyszłych programów unijnych na rzecz starzenia się w zdrowiu.

2010 - Główny organizator konferencji podsumowującej projekt CHANGE: „Jak promować zdrowy styl życia wśród starszych osób” 23 listopada 2010 roku w Krakowie - dla 130 osób. Organizator: Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM.

Czynny udział w Festiwalu Nauki Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 2003 - 2009.

d) Międzynarodowe i krajowe nagrody, wyróżnienia

1. Pierwsza nagroda za najlepszy referat na sesji I na VI Międzynarodowych Dniach Fizjoterapii „Starzenie się człowieka – nowe wyzwania i potrzeby rehabilitacji” (2007 czerwiec 1-2, Wrocław) - Żak M, **Szczerbińska K**, Skalska A. Upadki osób ze schorzeniami narządu ruchu – ocena ryzyka możliwości radzenia sobie po upadku. Fizjoterapia 2007;15 Suppl 1:12.
2. Nagroda za plakat przedstawiony na 2nd European Conference on Injury Prevention and Safety Promotion organizowanej przez EuroSafe (European Association for Injury Prevention and Safety Promotion); 2008 październik 9-10, Paryż - **Szczerbińska K**, Żak M, Ziomkiewicz A. The effectiveness of the multifactorial fall prevention in the nursing homes for the elderly in Poland – the EUNESE project. Materiały konferencyjne 2008. s. 23.5.
3. Druga nagroda za Artykuł Roku opublikowany w Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja 2008 - Żak M, Skalska A, **Szczerbińska K**. Programy nauki samodzielnego podnoszenia się po upadku dla osób starszych - badanie randomizowane. Ortop Traumatol Rehabil 2008;10(5):491-502.
4. Drugie miejsce w rankingu niesamodzielných pracowników naukowo-dydaktycznych na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJCM w wyniku samooceny za lata 2005-2008.

5. Nagroda Kolegium Dziekańskiego za pierwsze miejsce w rankingu niesamodzielnych pracowników naukowo-dydaktycznych na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJCM w wyniku samooceny za rok 2009.
6. Wyróżnienie za plakat przedstawiony na Międzynarodowej Konferencji: „Żywność i aktywność fizyczna a spowolnienie procesu starzenia” (2010 listopad 4-5, Wrocław) - Piórecka B, Chmiel I, **Szczerbińska K**, Jagielski P, Cisek M, Gniadek A, Schlegel-Zawadzka M. Sposób żywienia starszych mieszkańców miasta Krakowa. Symposion, Materiały zjazdowe: s. 23.
7. Specjalna Nagroda Profutura za prezentację na VII European Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics - European Region (IAGGER; 2011 kwiecień 14-17, Bolonia) - **Szczerbińska K**, Giustini M, Savičiute R, Chaloupka C. The new model of motivating older people to change their healthy behaviours. Aging Clin Exp Res 2011;23 Suppl 1:283.

e) **Wykłady/referaty na międzynarodowych i krajowych konferencjach tematycznych oraz posiedzeniach towarzystw naukowych -13**

1. Szczerbińska K. Udział rodziny w realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych na rzecz osób starszych. Wykład na posiedzeniu naukowym Sekcji Geriatrycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oddział w Krakowie; 2003 maj 7; Kraków.
2. Szczerbińska K. Jakość życia osób starszych i czynniki warunkujące ich zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Wykład dla Polskiego Towarzystwa Epidemiologii Środowiskowej; 2003 maj 15; Kraków.
3. Szczerbińska K. Potrzeby zdrowotne i socjalne osób starszych jako obszar badań zdrowia publicznego. Wykład na Festiwalu Nauki Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003 maj 16; Kraków.
4. Szczerbińska K. Planowanie rozwoju świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w oparciu o pomiar potrzeb osób starszych w tym zakresie. Wykład na Forum Dyskusyjnym Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ; 2003 czerwiec 6; Kraków.

5. Szczerbińska K. Metodologia oceny zapotrzebowania na usługi zdrowotne w populacji ludzi starszych. Wykład na Forum Stowarzyszenia Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej; 2003 październik 27; Warszawa.
6. Szczerbińska K. Stan opieki długoterminowej w Polsce. Wykład na Warsztatach na temat sytuacji opieki długoterminowej w Polsce organizowanych przez Wspólny Rynek Medyczny razem z Bankiem Światowym i Europejskim Bankiem Inwestycyjnym w ramach projektu „Situational Analysis and Future requirements for Long-term Care in Poland”; 2006 styczeń 16; Warszawa.
7. Szczerbińska K. European Network for Safety among Elderly (EUNESE) program dający możliwość zmniejszenia liczby upadków w opiece długoterminowej. Wykład na posiedzeniu naukowym Sekcji Geriatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego; 2007 październik 24; Kraków.
8. Szczerbińska K, Hirdes J, Życzkowska J, Jantzi M. Undertreatment of pain and depression among very old persons. Wykład na International Congress on Gerontology and Geriatric Medicine (ICGGM 2009): Making old age healthy and enjoyable; 2009 luty 26-28; New Delhi. Program naukowy na stronie: http://www.oldagesolutions.org/icggm/ICGGM_Program_Schedule.pdf
9. Szczerbińska K. Long-term care in Poland. Wykład jako zaproszony wykładowca na Summer School: ‘Myths and Facts in an Aging Europe’ of the EUMAG- European Master of Gerontology – na Université de Versailles Saint Quentin-en-Yvelines; 2009 lipiec 1; Paryż.
10. Skalska A, Szczerbińska K. Long-term care in Poland – current status and future perspectives. Wykład na Konferencji: 6th Geneva Association Health and Ageing Conference: “Health and Long-Term Care Insurance in Eastern and Central European Countries”; 2009 listopad 26-27; Warszawa.

Wykład opublikowany na stronie The Geneva Association’s pod adresem:

http://www.genevaassociation.org/Research_Programme/Health_and_Ageing.aspx.

http://www.genevaassociation.org/PDF/Working_paper_series/GA_6th_Health&Ageing_Conf.07_SKALSKA_&_SZCZERBINSKA_Health_care,LTC,Demographics.pdf

11. Szczerbińska K. Współprowadzenie warsztatów oraz wystąpienie o charakterze wykładu Workshop C: Researching with interRai Systems: Comparing Services and Nations, w ramach interRAI Asia Oceania Regional Conference; 2010 maj 3–4; Brisbane. Program na stronie:

http://www.interrai-au.org/downloads/interRAI_RegoBrochure.pdf

12. Szczerbińska K. Prezentacja projektu PREDICT. Wykład na wspólnym posiedzeniu naukowo – szkoleniowym Sekcji Geriatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego; 2010 maj 26; Kraków, Polska.

13. Szczerbińska K. Prevention of falls. Wykład kierowany do lekarzy geriatrów w ramach Core Curriculum na sesji “Gait and falls” na 7th Congress of the EUGMS, 2011 wrzesień 28-30; Malaga.

Wykład bez drukowanego streszczenia wymieniony w programie zamieszczonym na stronie: http://eugms-segg2011.org/pdf_en/Congress%20program.pdf

f) Udział w konsorcjach badawczych

Od 2008 roku jestem wybieralnym członkiem Zespołu ds. opracowywania narzędzi badawczych w geriatryi (Instrument Development Committee) w ramach Grupy InterRAI. Zadaniem tego zespołu jest opracowywanie i zatwierdzanie narzędzi badawczych systemu InterRAI oraz redakcja podręczników tego systemu.

g) Członkostwo w komitetach redakcyjnych czasopism

Od 2004 jestem członkiem Rady Redakcyjnej (Editorial Board) wydawanego przez Springer czasopisma zagranicznego European Journal of Ageing znajdującego się w bazie JCR (IF= 1,1).

W 2012 roku recenzowałam również publikację złożoną do Aging Clin Exp Res.

h) Członkostwo w międzynarodowych i krajowych organizacjach i towarzystwach naukowych

1996 tytuł honorowego badacza (Honorary Research Fellow) w Sheffield Centre for Health & Related Research przy Uniwersytecie w Sheffield w Wielkiej Brytanii, w uznaniu zasług na rzecz ustanowienia długofalowej kooperacji pomiędzy Instytutem Zdrowia Publicznego UJCM a Sheffield Centre for Health & Related Research przy Uniwersytecie w Sheffield w Wielkiej Brytanii. Konsolidacja tej kooperacji w ramach kolejnych projektów zaowocowała nowatorskim programem studiów stacjonarnych na kierunku „Zdrowie publiczne” (opracowanym w ramach projektu Tempus), jak również uruchomieniem studiów międzynarodowych European Master of Public Health (w ramach projektu EuroPubHealth).

Od 2004 roku jestem członkiem Grupy InterRAI (Fellow of InterRAI – Cross-National Assessment of Elderly and Disabled Persons) – międzynarodowego towarzystwa naukowego działającego na rzecz poprawy jakości opieki nad osobami starszymi.

www.interrai.org

Od 1986 - członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

1993 - członek Komitetu Założycielskiego Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce

Od 2006 - członek Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce, należącego do EUGMS.

i) Opieka naukowa nad studentami

- Prowadzenie prac magisterskich w języku angielskim w ramach European Master of Public Health w ramach EPH – Hong Chen (2007/2008), Param Vaiyda (2008/2009).

- Roczna opieka nad stypendystką DAAD (German Academic Exchange Service) w okresie od 1.10.2007-30.05.2008 - Johanna Krawietz

- Pierwsza nagroda studentów: P. Paciorek i L. Leguckiej za pracę badawczą: "Wpływ depresji, zaburzeń funkcji poznawczych i zachowania na subiektywną jakość życia mieszkańców domu pomocy społecznej" przygotowaną pod moim kierunkiem i wygłoszoną na IV Studenckim Sympozjum Naukowym Wrocławskich Dni Zdrowia Publicznego zorganizowanym przez Studenckie Koło Naukowe Młodych Menadżerów oraz Katedrę Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu 7-8 kwietnia 2011.

- Pierwsza nagroda studentów: A. Łaszewska, J. Muniak za pracę badawczą: "Kształcenie ustawiczne pracowników domów pomocy społecznej w województwie małopolskim" przygotowaną pod moim kierunkiem i wygłoszoną na I Krakowskiej Konferencji Studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu "Różne kierunki, wspólny cel" zorganizowanej przez Wydział Nauk o Zdrowiu UJCM w Krakowie 20 kwietnia 2012.

- W okresie od 2003-2011 roku w ramach seminarium dyplomowego: „Opieka długoterminowa” prowadziłam 51 prac dyplomowych (w tym magisterskich i licencjackich). Większość z nich miała charakter badawczy. Studentów często włączałam do prowadzonych przeze mnie projektów badawczych, czego efektem są liczne prace dyplomowe oraz publikacje z udziałem studentów.

Szczegółowy opis osiągnięć dydaktycznych w załączniku nr 7.

j) Staże krajowe i zagraniczne:

1994 - Dyplom ukończenia stypendium w zakresie oceny poprawy jakości opieki medycznej "Intensive Fellowship in Quality Improvement in Health Care" w Harvard School of Public Health, Boston, USA.

1994 - Dyplom ukończenia kursu "Poprawa jakości opieki zdrowotnej" organizowanego dla lekarzy przez The Institute for Health Care Improvement i Harvard School of Public Health, w wyniku czego uzyskałam 22 punkty kredytowe - Physician's Recognition Award of the American Medical Association, USA.

1995 - Certyfikat ukończenia kursu w zakresie metodologii badań w edukacji zdrowotnej "Health Education & Health Promotion Theory and Practice" na Uniwersytecie Limburgskim w Maastricht, Holandia.

1995 - Certyfikat ukończenia szkolenia w zakresie planowania interwencji w edukacji zdrowotnej "Intervention Mapping" na Uniwersytecie Limburgskim w Maastricht, Holandia.

1996 - Certyfikat ukończenia kursu w zakresie zasad koordynacji edukacji zdrowotnej pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej "Coordinating Patient Education in the Health Care Setting" na Uniwersytecie Limburgskim w Maastricht, Holandia.

1996 - Certyfikat ukończenia szkolenia dotyczącego organizacji podstawowej opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii (Short-Course on „Primary Care Policy in the United Kindom) w Sheffield Centre for Health & Related Research (SCHARR) przy Uniwersytecie w Sheffield w Wielkiej Brytanii, zorganizowanym przez SCHARR i British Council, W. Brytania.

1998-2001 Dwukrotny 2-tygodniowy wyjazd (w ramach Tempus JEP Nr 12 273/97) do SCHARR Sheffield University w celu przygotowania modułu: „Organizacja ochrony zdrowia osób starszych” w ramach przedmiotu Organizacja Ochrony Zdrowia na III roku studiów stacjonarnych Zdrowia Publicznego, W. Brytania.

1998-2001 Dwukrotny tygodniowy wyjazd (w ramach Tempus JEP Nr 12 273/97) do SCHARR Sheffield University na szkolenie w zakresie „Metodologii badań w ochronie zdrowia”, W. Brytania.

1999 – Zaświadczenie ukończenia kursu „Podstawy opieki paliatywnej” – organizowane przez Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych Małopolskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Krakowie.

2001 - Dyplom ukończenia „Szkolenia krajowego w zakresie zarządzania opieką zdrowotną. Szkolenie kadry kierowniczej wyższego szczebla”, organizowanego przez Project Hope Polska i Ministerstwo Zdrowia w Krakowie.

Poza tym liczne wyjazdy zagraniczne na spotkania robocze do kooperujących ośrodków (m.in. Limburg University, Maastricht, Sheffield University), w ramach projektów badawczych COPE, CLESA, EUNESE, ComPro, PREDICT, CHANGE oraz współpracy z Grupą InterRAI.

k) Ekspertyzy:

2000 – DOT nr 115/2000 - Ekspertyza: Szczerbińska K. Ocena stanu zdrowia i potrzeb zdrowotno-socjalnych osób starszych i osób nimi się opiekujących. Kraków: IZP UJCM; 2000.

2006 – Ekspertyza dla Banku Światowego - raport na temat stanu opieki długoterminowej w Polsce opublikowany pod redakcją A. Koziarkiewicza (Koziarkiewicz A, redaktor. Long-term Care in Poland. Assessment of the current status. Phase 1 Report for World Bank. Warszawa-Kraków: Wspólny Rynek Medyczny Sp. Zo.o.; 14 Maj 2006.).

2010 - Ekspertyza: Szczerbińska K. Kierunki rozwoju opieki długoterminowej w Małopolsce. Kraków: Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński; 2010. Jest to jeden z dokumentów stanowiących podstawę opracowania prof. S. Golinowskiej wydanego przez Departament Polityki Regionalnej, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Golinowska S, redaktor. Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne. Małopolskie Studia Regionalne 2010;19-20(2-3).

l) Udział w zespołach eksperckich:

Od 2007 – mianowany przez Ministra Zdrowia członek Zespołu do spraw Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia. Udział w pracach nad standardem opieki geriatrycznej.

2006 i 2009 – zatrudniona jako czasowy ekspert Banku Światowego (Short Term Consultant) w celu opracowania zagadnień dotyczących opieki długoterminowej w Polsce.

2010 - udział w pracach na zlecenie Departamentu Polityki Regionalnej, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego koordynowanych przez prof. S. Golinowską na rzecz wypracowania strategii wobec starzenia się społeczeństwa w województwie małopolskim.

Od 2011 - w składzie grupy roboczej przy Ministerstwie Zdrowia ds. realizacji projektu systemowego: Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej (EFS).

Od 2011 - w składzie Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

m) Najważniejsze osiągnięcia poznawcze

1) Wykazanie dyskryminacji osób starszych, a zwłaszcza osób długowiecznych, w zakresie stosowania leczenia przeciwbólowego i przeciwdepresyjnego.

Wspólnie z dr J. Życzkowską wykazałam, że osoby w starszych grupach wiekowych rzadziej zgłaszają dolegliwości bólowe i jest to niezależne od rodzaju choroby, objawów chorobowych, stopnia sprawności oraz zaburzeń funkcji poznawczych. Co więcej, odczuwający silny ból ludzie w podeszłym wieku otrzymują leczenie przeciwbólowe rzadziej niż osoby starsze w młodszych grupach wiekowych. Prawdopodobieństwo wdrożenia takiego leczenia zmniejsza się wraz z wiekiem pacjentów i jest najmniejsze u osób długowiecznych (*Pain* 2007;**129**:167-176; IF 5,2). Wykazałam również, że objawy depresji są rzadziej zgłaszane przez osoby w starszych grupach wiekowych. Zarazem jednak osoby długowieczne, które podają te objawy, są leczone lekami przeciwdepresyjnymi rzadziej niż zgłaszający objawy depresji ludzie starsi w młodszych grupach wiekowych (*Am J Ger Psych* 2011 Sep 26. doi:10.1097/JGP.0b013e3182331702; IF 3,6). Wyniki tych badań prowadzą do ważnych wniosków o znaczeniu praktycznym, ponieważ wskazują na konieczność edukacji lekarzy w kierunku poprawy wykrywania bólu i rozpoznawania depresji u osób w podeszłym wieku, oraz odpowiednio częstego wdrażania postępowania terapeutycznego.

2) Udział w opracowaniu Karty PREDICT („Karta dotycząca udziału osób w starszym wieku w badaniach klinicznych”) zawierającej zalecenia odnośnie prowadzenia badań klinicznych w sposób zapewniający zwiększenie w nich udziału osób w starszym wieku.

Karta została opracowana w ramach projektu PREDICT finansowanego z 7-go Projektu Ramowego w wyniku serii badań przeprowadzonych w 8 krajach Europy. Badania obejmowały: systematyczny przegląd literatury naukowej dotyczącej udziału osób starszych w badaniach klinicznych, badanie opinii klinicystów, przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego oraz etyków i pacjentów. Celem badań było ustalenie przyczyn wykluczania osób starszych z badań klinicznych oraz możliwości zmiany tej sytuacji. Jako kierownik polskiego zespołu (principal investigator) brałam znaczący merytoryczny udział we wszystkich zadaniach projektu. W wyniku systematycznego przeglądu literatury badawczej wykazaliśmy zjawisko wykluczania osób starszych z udziału w badaniach klinicznych, które było obserwowane w większym stopniu w badaniach prowadzonych w Unii Europejskiej (UE) aniżeli w USA, oraz w tych realizowanych przez jednostki publiczne, w porównaniu z niepublicznymi. Stwierdziliśmy, że w przypadku około 40% badań klinicznych dotyczących niewydolności układu krążenia zostało zastosowane przynajmniej jedno nieuzasadnione kryterium wykluczenia z badania, co mogło ograniczyć rekrutację osób starszych (*Archives of Internal Medicine* 2011;171(6):550-556; IF 10,6). W wyniku badania opinii lekarzy rodzinnych, geriatrów, pielęgniarek, etyków oraz reprezentantów przemysłu farmaceutycznego biorących udział w realizacji badań klinicznych wykazaliśmy, że większość z nich uważa, że wykluczanie osób z badań z powodu wieku jest nieuzasadnione i negatywnie wpływa na sposób prowadzenia terapii tych pacjentów. Stwierdziliśmy jednak pewne różnice w postrzeganiu problemu w nowych i starych krajach Unii Europejskiej (UE). Badani z Czech, Litwy i Rumunii istotnie częściej dopuszczali możliwość wykluczania osób starszych z badań z powodu współwystępowania wielu chorób i leczenia wieloma lekami. Opinia polskich badanych w tej kwestii lokowała nasz kraj pomiędzy nowymi i starymi członkami UE. Te różnice mogą być wynikiem odmiennych uwarunkowań politycznych i organizacyjnych opieki zdrowotnej i wskazują na konieczność podejmowania

intensywnych działań edukacyjnych w kierunku zmiany podejścia do tego zagadnienia (*Drugs & Aging* 2011;28(8):667-677; IF 2,6). Z kolei badania fokusowe pacjentów i opiekunów pomogły nam ustalić ich punkt widzenia na kwestię udziału ludzi w starszym wieku w badaniach klinicznych. Określiśmy ich oczekiwania podmiotowego traktowania i ułatwień umożliwiających podjęcie świadomej decyzji o uczestnictwie w badaniach. Opisaliśmy sposób postrzegania przez nich korzyści oraz ryzyka wynikającego z udziału w badaniach klinicznych. Badani podkreślali kluczową rolę lekarza rekrutującego do badania, znaczenie sposobu informowania ich o procedurze badawczej i praktycznych aspektów uczestnictwa. Największe zróżnicowanie opinii dotyczyło ich stanowiska odnośnie do istniejących przepisów regulujących udział ludzi w badaniach, przy czym większy sceptycyzm, a nawet brak zaufania do skuteczności prawa, był prezentowany w nowych krajach UE (*Clinical Investigation* 2012;2(3):327–336).

Na podstawie wyników wspomnianych badań opracowano Kartę PREDICT. Jest to dokument, który podkreśla potrzebę powszechnego włączania osób starszych do badań klinicznych, zwłaszcza do tych, w których testuje się skuteczność leków lub procedur terapeutycznych stosowanych u ludzi w starszym wieku. Zagadnienie to wpisuje się w ostatnio żywo prowadzoną, dyskusję na temat niewłaściwego leczenia osób starszych (ang. *inappropriate treatment*). Karta uzyskała aprobatę międzynarodowych towarzystw naukowych: *European Union of Geriatric Medicine Society* (EUGMS), *International Association of Gerontology and Geriatrics-European Region* (IAGG-ER), *American Geriatric Society* (AGS), *Gerontological Society of America* (GSA) i *European Society of Anesthesiologists* (ESA). Świadczy to o dużym zainteresowaniu środowisk naukowców i praktyków zagadnieniem uczestnictwa osób starszych w badaniach klinicznych oraz otwiera debatę na ten temat. Na skutek aktywnych działań konsorcjum projektu PREDICT, do którego należą, problem zapewnienia bezpieczeństwa leków stosowanych u osób starszych został wprowadzony również do agendy działań Generalnego Dyrektariatu Komisji Europejskiej ds. Zdrowia i Konsumentów (DG SANCO- *European Commission Health and Consumers Directorate General*) w ramach strategii „Europa 2020” na rzecz promocji zdrowia i jakości życia osób starszych, przyjętej pod nazwą „*The European*

Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing". Zainicjowana tym samym kampania na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w badaniach klinicznych powinna poprawić bezpieczeństwo leczenia ludzi w podeszłym wieku. Pełny polski tekst Karty przetłumaczyłam i zamieściłam w formie wkładki do *Medycyny Praktycznej* w numerze wrześniowym 2010 roku. Ponadto znajduje się on na stronie internetowej Projektu (<http://www.predicteu.org/>).

3) Mój dorobek w największym zakresie dotyczy badań upadków u osób starszych.

Prowadziłam badania występowania, charakterystyki i przyczyn upadków mieszkańców DPS. Szczególną uwagę poświęciłam czynnikom ryzyka determinującym powtarzanie się upadków. Wśród nich szczególne miejsce zajmują leki oddziałujące na OUN. W wyniku moich badań ustaliłam istotne powiązanie powtarzania się upadków z zażywaniem leków przeciwdrgawkowych. Badania te opisałam powyżej, w części dotyczącej dysertacji (*Przeгляд Lekarski* 2011;68(9):576-584; *Gerontologia Polska* 2011;19(3-4):161-170; *European Geriatric Medicine* 2012;3:82-86). Interesowała mnie również efektywność metod zapobiegania urazom wśród osób starszych przebywających w instytucjach i w środowisku domowym. Wyniki tych badań wskazują na istotne znaczenie czynników organizacyjnych dla skuteczności zapobiegania upadkom w DPS. Wykazałam, że włączanie całego personelu opiekuńczego DPS do oceny ryzyka i działań zapobiegawczych skutkuje większą redukcją liczby upadków, aniżeli w przypadku realizacji programu tylko przez jednego specjalistę, np. fizjoterapeutę (*Aging Clin Exp Res* 2010;22:261-269; IF 1,7). Z kolei przedmiotem innej pracy była meta-analiza wyników badań dotyczących programów prewencji upadków wśród osób starszych przebywających we własnych mieszkaniach. Wykazano, że zarówno wieloczynnikowe programy zapobiegania upadkom, jak i programy oparte wyłącznie na prowadzeniu ćwiczeń gimnastycznych, skutecznie zmniejszają występowanie upadków. Należy jednak podkreślić, że programy, które skupiają się na ćwiczeniach, są 5 razy skuteczniejsze w tym zakresie (*Journal of Aging and Health* 2009;21(5):713-729; IF 1,5). Brałam również udział w badaniach skuteczności programów rehabilitacji, których celem było zmniejszenie ryzyka upadków u osób starszych. W wyniku tych badań stwierdzono, że

zastosowanie w programach rehabilitacyjnych metody ruchów wstecznych znacząco zwiększa zdolność do samodzielnego podnoszenia się osób starszych po upadku. Wykazano również, że ćwiczenia sensomotoryczne i na rotorze oraz nauka zmiany pozycji korzystnie wpływają na chód oraz wykonywanie codziennych czynności przez starszych wiekiem pacjentów, a tym samym zmniejszają ryzyko upadku (*Ortop Traumatol Rehabil* 2008;10(5):491-502; *Sprawna Starość*. Warszawa: Wyd. AWF; 2007. s. 89-95).

W ramach projektu EUNESE przeprowadziłam ponadto ocenę przygotowania małopolskich DPS do zapobiegania upadkom, skupiając się na czynnikach dotyczących infrastruktury, wyposażenia i zasobów kadrowych tych placówek. Wykazałam nierównomierne przygotowanie DPS w województwie małopolskim do zapobiegania upadkom oraz konieczność poprawy bezpieczeństwa nawierzchni podłóg w salach rehabilitacji, terapii zajęciowej i w pokojach pacjentów (gdzie dochodzi do większości upadków), wprowadzenia oświetlenia na korytarzach w nocy, oznakowania schodów i zamontowania instalacji przywoławczej (*Gerontol. Pol.* 2009;17(2):85–94).

W wyniku wielu lat doświadczeń – zarówno naukowych, jak i praktycznych – opracowałam model wdrażania standardu zapobiegania upadkom w placówkach opiekuńczych. Pomimo istniejących od ponad 10 lat zaleceń odnośnie zapobiegania upadkom, w polskich domach pomocy społecznej, poza remontami, nie wprowadzono żadnych istotnych działań w kierunku realizacji standardu w tym zakresie. Nie prowadzi się szczegółowej rejestracji upadków, nie ma obowiązku realizacji standardu zapobiegania upadkom. W wyniku przeprowadzonych badań opracowałam założenia zapobiegania upadkom w placówkach opiekuńczych i zestaw dokumentacji (kartę rejestracji upadków, formularz oceny ryzyka upadków i sposobu wdrażania postępowania zapobiegawczego), które mogą być wykorzystane w DPS w celu wdrożenia programu. Swoje doświadczenia związane z wdrażaniem tego projektu opisałam w jednym z rozdziałów podręcznika wydanego przez *Center for Research & Prevention of Injuries* w Atenach (*Learn from the EUNESE Pilot projects experience*. CEREPRI 2007). Ponadto wykazałam, że zapobieganie upadkom powinno być prowadzone również w odniesieniu do psychicznie chorych mieszkańców DPS.

Szczególnej uwagi wymagają osoby leczone preparatami wpływającymi na OUN, w tym przyjmujące leki przeciwdrgawkowe. Należy podkreślić, że jako pierwsza w Polsce przeprowadziłam analizę wpływu leków oraz środowiskowych czynników ryzyka na powtarzalność upadków u pensjonariuszy w DPS (*Przeгляд Lekarski* 2011;68(9):576-584; *Gerontologia Polska* 2011;19(3-4):161-170; *European Geriatric Medicine* 2012;3:82-86). Moja aktywność w zakresie badań upadków została zauważona przez EUGMS (*European Geriatric Medicine Specialists Society*) – zostałam zaproszona do wygłoszenia wykładu na temat zapobiegania upadkom w ramach sesji szkoleniowej (Core Curriculum) dla lekarzy na Międzynarodowej Konferencji EUGMS we wrześniu 2011 roku. Ostatnio wzięłam również udział w przygotowaniu artykułu opisującego rutynowe postępowanie po upadku osoby starszej w różnych krajach. Przedstawiłam sposób postępowania w Polsce na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach projektu CLESA (5th FP), w którym pracowałam jako „principal investigator”. W ostatnich dniach praca została przyjęta do druku w *European Geriatric Medicine*, czasopiśmie wydawanym przez EUGMS - najważniejsze towarzystwo geriatrów europejskich.

4) Promocja zdrowych zachowań wśród pacjentów w starszym wieku

Mój udział w projekcie CHANGE wiązał się z kontynuacją działań z zakresu promocji zdrowia osób starszych. W ramach tego projektu czynnie uczestniczyłam w opracowaniu modelu szkolenia pracowników opieki zdrowotnej, który poprzez kształcenie umiejętności komunikacji interpersonalnej zwiększa ich skuteczność w zmienianiu zachowań zdrowotnych pacjentów w starszym wieku. Jako kierownik polskiego zespołu byłam odpowiedzialna za zaplanowanie i przeprowadzenie badania oraz przygotowanie metody i narzędzi badawczych w celu oceny skuteczności wspomnianej interwencji edukacyjnej. Ponadto, przygotowaliśmy pakiet edukacyjny w formie podręcznika (**Szczerbińska K, Wilczek-Rużyczka E, redaktor. *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych*. Kraków: Wyd. Zdrowie i Zarządzanie; 2010**), materiały szkoleniowe zamieszczone na stronie internetowej <http://www.changeonline.eu/>; oraz przeprowadziliśmy szkolenie

pielęgniarek i konferencję prezentującą założenia modelu edukacji i wyniki badania jego skuteczności. W wyniku zastosowania interwencji edukacyjnej kierowanej do pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych zaobserwowałam istotną zmianę zachowań zdrowotnych pacjentów w starszym wieku pozostających pod opieką tych pielęgniarek – nastąpiła poprawa sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej badanych pacjentów. Moja prezentacja wyników tego badania przeprowadzonego w 5 krajach została nagrodzona na VII European Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics - European Region (IAGG-ER) w 2011 roku (Aging Clin Exp Res 2011;23 Suppl 1: 283).

5) Długoletnie działania na rzecz poprawy jakości opieki geriatrycznej i długoterminowej

Moje zainteresowania dotyczące działań na rzecz zapewnienia jakości opieki zdrowotnej zapoczątkował staż w Harvard School of Public Health w latach 90-tych. Wówczas przygotowałam założenia programu zapobiegania odleżynom, materiały szkoleniowe, w tym publikacje, do szkoleń prowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Kontynuacją tych zainteresowań było badanie potrzeb zdrowotnych i socjalnych osób starszych w Krakowie oraz czynników determinujących ich korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej (opracowane w formie pracy doktorskiej). Następnie w ramach międzynarodowego projektu CLESA (5thFP) przeprowadziłam wnikliwą diagnozę dostępności świadczeń medycznych i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce, którą opublikowałam w postaci monografii w 2006 roku (Szczurbińska K. *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. WUJ, 2006). Wspomniana praca miała charakter nowatorski - jako jedyna tego rodzaju publikacja w systematyczny sposób przedstawiała analizę korzystania osób starszych z różnych form opieki i bariery jej dostępności.

Szczególne znaczenie w mojej pracy zawodowej ma już ponad ośmioletnia współpraca z naukowcami Grupy InterRAI, w wyniku której brałam czynny udział w

opracowaniu zestawu narzędzi badawczych służących do oceny stanu zdrowia i potrzeb psychospołecznych pacjentów opieki długoterminowej i geriatrycznej. Opracowana metoda badawcza wpisuje się w zakres tzw. wszechstronnej oceny geriatrycznej. Uczestniczyłam również w przygotowaniu standardów opieki geriatrycznej i długoterminowej, które są stosowane w łączności z pakietem narzędzi badawczych Grupy InterRAI. Wspomniane opracowania zostały opublikowane w Stanach Zjednoczonych (USA) i Kanadzie w serii 8 podręczników, których jestem współredaktorem (Wyd. InterRAI).

6) Działalność badawcza i edukacyjna na rzecz kształcenia kadr do opieki nad ludźmi w starszym wieku.

Wobec planowego wycofywania personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) z domów pomocy społecznej zapewnienie kształcenia ustawicznego opiekunów powinno być priorytetem w instytucjach pomocy społecznej. Prowadzenie właściwej polityki edukacyjnej jest warunkiem utrzymania odpowiedniej jakości opieki w DPS oraz opieki domowej. Przeprowadzona przeze mnie analiza sposobu kształcenia opiekunów w miejscu pracy wykazała, że osoby odpowiedzialne za szkolenia personelu opiekuńczego nie mają w tym kierunku wystarczającego przygotowania. W ramach projektu ComPro opracowałam listę kompetencji, która może służyć do opisanego zakresu czynności osoby odpowiedzialnej za kształcenie ustawiczne kadr personelu opiekuńczego w instytucjach pomocy społecznej. Stanowi ona nowatorskie rozwiązanie, które może być wykorzystane przez kierowników/ dyrektorów placówek opiekuńczych w celu wzmocnienia polityki kadrowej (*Nurse Education Today* 2011 Sep 7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.08.008>; IF 1,1).

7) Udział w przygotowaniu dokumentu programowego „Silver Paper” zawierającego postanowienia Europejskiego Szczytu na temat chorób związanych ze starszym wiekiem (*European Summit on Age Related Disease*) w 2008 roku. Na Szczycie pełniłam rolę sekretarza panelu dyskusyjnego na temat promocji zdrowia i działań

zapobiegawczych w odniesieniu do osób starszych. „Silver Paper” powstał w wyniku współpracy z wielodyscyplinarną grupą przedstawicieli europejskich towarzystw geriatrycznych zrzeszonych w EUGMS oraz środowisk naukowców i polityków działających na rzecz osób starszych. Dokument ten wytycza aktualne kierunki rozwoju geriatry i gerontologii w obszarze badań podstawowych, praktyki klinicznej i promocji zdrowia. Został opublikowany w 5 różnych czasopismach naukowych, w różnych krajach i językach w celu rozpowszechnienia stanowiska (m.in. *Aging Clin Exp Res* 2009;21(6):376-385; IF 1,2; *European Journal of Aging* 2009;6:51-57; IF 0,6).

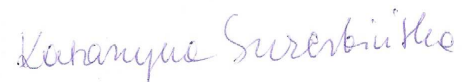
Kraków, 26 kwietnia 2012 roku.

Katarzyna Szczerbińska

Załącznik nr 2

35

zapobiegawczych w odniesieniu do osób starszych. „Silver Paper” powstał w wyniku współpracy z wielodyscyplinarną grupą przedstawicieli europejskich towarzystw geriatrycznych zrzeszonych w EUGMS oraz środowisk naukowców i polityków działających na rzecz osób starszych. Dokument ten wytycza aktualne kierunki rozwoju geriatry i gerontologii w obszarze badań podstawowych, praktyki klinicznej i promocji zdrowia. Został opublikowany w 5 różnych czasopismach naukowych, w różnych krajach i językach w celu rozpowszechnienia stanowiska (m.in. *Aging Clin Exp Res* 2009;21(6):376-385; IF 1,2; *European Journal of Aging* 2009;6:51-57; IF 0,6).



Kraków, 26 kwietnia 2012 roku.

Katarzyna Szczerbińska

7