

Noi abordări în determinarea dizabilității cu utilizarea instrumentarului Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății

C. Ețco, *I. Puiu, G. Bivol, L. Ciocan

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
 194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

Department of Family Medicine, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: tel. +37369204735. E-mail: ivanpuiu@usmf.md

Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

New approach in disability determination using International Classification of Functionality Disability and Health

In the *medical model*, disability has predominantly been viewed as the consequence of disease or injury in the form of functional losses or impairments. The onus has been on the individual to make efforts to become 'rehabilitated,' restore their function, or to cope effectively with their disabling condition. The core characteristics of the so-called '*social model* of disability' – in contrast to the other models stress on (a) how individuals views, experiences and priorities can be effectively recognized, and (b) how the outcome of medical support and intervention is not necessarily cure or symptom management, but social participation. Disability is human experience of impaired body function and structure activity limitation participation restriction in the interaction with health conditions, personal and environmental factors. ICF provides an international common language and universal conceptual framework for describing functioning, disability and health, comprehensive, biological-psychological-social model of disability and health, consisting from medical and social aspects.

Key words: International Classification of Functionality Disability and Health, permanent impairment, disability determination.

Новые подходы при определении степени ограничения жизнедеятельности с использованием Международной Классификации Функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Медицинская модель рассматривает "инвалидность" как свойство, присущее человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья, которое требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения у специалистов. Инвалидность по этой модели требует медицинского или иного вмешательства или лечения с тем, чтобы «исправить» проблему человека. *Социальная модель* рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. Согласно социальной модели, инвалидность требует социального вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения. Инвалидность всегда представляет собой взаимодействие между свойствами человека и свойствами окружения, в котором этот человек проживает, но некоторые аспекты инвалидности являются полностью внутренними для человека, другие же, наоборот, только внешними. Наилучшая модель инвалидности, таким образом, будет представлять собой синтез всего лучшего из медицинской и социальной моделей. Такая более выгодная модель инвалидности может называться *биопсихосоциальной моделью*. МКФ основывается на такой модели, совмещающей медицинский и социальный аспекты.

Ключевые слова: Международная Классификация Функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, оценка постоянной недееспособности.

I. Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF, 2001 și CIF-CA, 2007) și noile metodologii de determinare a dizabilității

Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) este una dintre clasificările cele mai recente ale OMS, care a fost elaborată în anul 2001 cu scopul de a înlocui vechea Clasificare Internațională a afectărilor, dizabilităților și handicapurilor (ICIDH), numită și Clasificare Internațională a Handicapului (CIH), unde handicapul era definit ca o consecință a maladiilor asupra persoanei și era analizat în trei planuri: a) deficiență (infirmitate) – alterarea unei structuri sau a unei funcții psihologice, fiziologice sau anatomice; b) incapacitate – reducerea parțială sau totală de îndeplinire într-un mod normal a unei activități; c) dezavantaj – consecința deficienței sau incapacității asupra posibilităților de incluziune socială, școlară sau profesională.

În CIF abordarea tradițională a handicapului ca o caracteris-

tică individuală a persoanei, a fost înlocuită cu abordarea socială a handicapului, cu accentul pe condițiile defavorizante, neadaptate ale mediului și societății, care stau la baza discriminării și accesibilității reduse la drepturile generale ale persoanei și care condiționează dezavantajul social. Aici, modelul tradițional medical (de la etiologie – la patogenie – la manifestări clinice), fiind absolut insuficient în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme complexe, a fost înlocuit cu un model holistic, bio-psiho-social care, de fapt, îmbină modelul medical cu cel social al dizabilității.

Pe parcursul mai multor ani, cu participarea unui grup de experți din mai multe țări, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat și, în septembrie 2007, a publicat versiunea Clasificării Internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății pentru copil și tânăr (CIF-CA), clasificarea CIF din 2001, neacoperind necesitățile de evaluare a funcționării și dizabilității copilului și adolescentului.

Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF și CIF-CA) pune accent pe participare și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, ține cont de factorii de mediu, cuprinde domenii de sănătate și domenii asociate sănătății.

CIF nu se referă doar la persoanele cu dizabilități, ci la toți oamenii. Aceste clasificări au un rol important și în stabilirea unui limbaj comun, și a unei terminologii acceptate vizavi de persoana cu dizabilități, promovând evitarea multitudinii terminologice și de etichetări, deseori peiorative, cum ar fi persoană: anormală, debilă, deficientă, dezavantajată social, deviantă, handicapată, idioată, malformată, mutilată, paralizată, invalidă etc.

În ultimul deceniu, OMS a editat și reactualizat o serie de clasificări, din așa-numita Familie de Clasificări Internaționale. Printre acestea putem menționa și Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a OMS, care furnizează un cadru etiologic al stărilor de sănătate (boli, tulburări, traumatisme). CIF completează Clasificarea Internațională a bolilor (CIB), astfel aceste două clasificări pot fi folosite concomitent, CIB oferind cadrul etiologic, iar CIF – cel al funcționalității și dizabilității.

În acest context, un rol important l-a avut și Convenția Națiunilor Unite asupra drepturilor copiilor cu dizabilități, care a accentuat necesitatea suportului copilului în mediul său natural și importanța abilităților și capacităților membrilor familiei și celor apropiați vizavi de creșterea copilului și susținerea dezvoltării lui. Astfel, Clasificarea Internațională a funcționalității, dizabilității și sănătății devine și un instrument important de realizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, dar și o metodă valoroasă în standardizarea stărilor de sănătate și dizabilității.

Astfel, Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității constituie o bază științifică pentru evaluarea și înțelegerea stării de sănătate și stărilor asociate sănătății; ea stabilește un limbaj comun pentru descrierea lor și facilitează comunicarea dintre profesioniștii din diferite domenii, la fel, specialiștii și persoanele cu dizabilități; aici se oferă o schemă de codificare sistematică a stărilor de sănătate și a stărilor asociate sănătății. CIF servește ca instrument statistic, instrument de cercetare, de investigație clinică, de politică socială și de educație, ea constituind, totodată, și un mijloc de realizare a drepturilor omului.

Funcționarea și dizabilitatea unei persoane sunt văzute ca o interacțiune dinamică între stările de sănătate (boli, tulburări, leziuni, traumatisme etc.) și factorii contextuali (personali și de mediu). Factorii de mediu sunt apreciați prin prisma impactului lor pozitiv sau negativ, adică facilitator sau care împiedică caracteristicile fizice, sociale sau de atitudine. CIF nu clasifică persoane, ci descrie starea fiecăreia într-o anumită zonă din domeniul sănătății, descrierea fiind efectuată întotdeauna în cadrul factorilor contextuali.

În CIF sunt folosite **definiții**, acceptate prin consensul larg al multor specialiști, care au participat la elaborarea documentului:

- funcțiile organismului – funcții fiziologice ale sistemelor organismului (inclusiv funcții psihice);
- structurile corpului – părți anatomice ale organismului;
- afectările – probleme ale funcțiilor sau structurilor organismului;
- activitatea – executarea unei sarcini sau a unei acțiuni;
- participarea – gradul de implicare în situații cotidiene;
- limitarea activităților – dificultăți în executarea activităților;
- factorii de mediu – mediul fizic, social sau de atitudine al persoanelor.

Fiecare componentă din CIF poate fi exprimată în termeni

pozitivi sau negativi, spre exemplu: integritate funcțională și structurală sau afectare, activități, participare sau limitare de activitate sau restricție de participare, funcționare sau dizabilitate, elemente de facilitare sau barieră, obstacole.

În CIF, funcțiile și structurile organismului sunt clasificate după sistemele organismului, structurile corpului nu sunt considerate ca fiind organe.

Afectările structurii implică o anormalitate, un defect, o pierdere sau o altă deviere semnificativă a structurilor. Ele pot fi temporare sau permanente; evolutive, regresive sau staționare; intermitente sau continue; de diferit grad de severitate. CIF, spre deosebire de CIB, prezintă simptomele ca parte componentă a funcțiilor organismului și, fapt important, clasificarea funcțiilor și structurilor este utilizată alături de categoriile din componenta *activității și participare*.

Aici, un rol important își regăsesc **activitățile și participarea** (limitarea activității și restricții de participare). Componenta poate fi utilizată pentru a desemna activități sau participare, sau ambele. Domeniile acestei componente sunt caracterizate prin două calificative: *performanță și capacitate*.

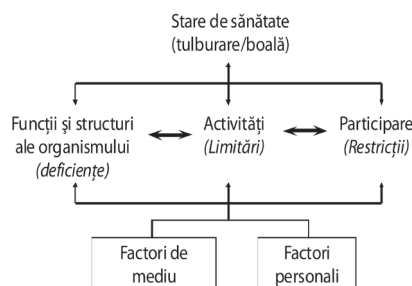
Calificatorul *performanță* descrie ceea ce face un individ în mediul său obișnuit, *factorii de mediu* constituind toate aspectele din realitatea fizică, socială sau atitudinală, care pot fi codificate.

Calificatorul *capacitate* descrie abilitatea unui individ de a executa o sarcină sau o acțiune. Evaluarea capacității are loc într-un mediu „standardizat” (similar în toate țările), în care persoana poate atinge cel mai înalt nivel de funcționare. Și performanța, și capacitatea pot fi evaluate cu utilizarea și fără utilizarea mijloacelor ajutoare, pentru a evalua limitarea funcționării în lipsa mijloacelor ajutoare.

În CIF, factorii de mediu se clasifică în cei *individuali* – din imediata apropiere (locuința, locul de muncă etc.) și cei *sociali* – structuri sociale, servicii, abordări din societate etc.

Factorii de mediu interacționează cu componenta *funcții și structuri* ale organismului. Dizabilitatea este caracterizată ca fiind un rezultat sau un efect al unor relații complexe dintre starea de sănătate, factorii personali și factorii externi.

Interacțiuni conceptuale CIF 2001



Societatea poate obstrucționa performanța sau prin bariere (clădiri inaccesibile), sau prin lipsa elementelor facilitatoare (lipsa dispozitivelor tehnice).

Factorii personali nu sunt detaliați în CIF (sexul, rasa, vârsta, stilul de viață, educația, forma fizică, modul de adaptare, profesia etc.), dar pot avea un impact asupra rezultantei diferitor interacțiuni.

CIF este o clasificare, ea nu prefigurează un proces, dar oferă piesele necesare pentru a studia diverse aspecte ale unui proces; ea constituie un limbaj, în bază căruia pot fi create texte în funcție

de creativitatea și orientarea științifică a utilizatorului.

Funcționarea unui individ este o interacțiune sau o relație complexă între condiția de sănătate și factorii contextuali. O persoană ar putea să aibă niște afectări fără a avea și limitări de capacitate, să aibă probleme de performanță fără a avea afectări, să aibă limitări de capacitate din lipsa unor mijloace de sprijin etc.

CIF oferă definiții operaționale standard ale stării de sănătate și ale domeniilor asociate stării de sănătate (de exemplu, „funcțiile vederii” sunt definite ca fiind funcții de distingere a formei și conturului, de la diferite distanțe, cu unul sau ambii ochi, astfel încât severitatea tulburării văzului poate fi codificată ca fiind ușoară, moderată, severă sau totală).

În CIF se utilizează un sistem alfanumeric în care literele „b”,

„s”, „d” și „e” sunt utilizate pentru a nota funcționarea organismului, structura organismului, activități de participare și factori de mediu. Aceste litere sunt urmate de un cod numeric, unde primul număr este numărul capitoului (o cifră), urmat de al doilea nivel (două cifre) și de nivelurile trei și patru (câte o cifră fiecare). Categoriile CIF sunt compartimentate astfel încât categoriile mai largi să se poată defini prin includerea unor subcategorii mai detaliate ale categoriei principale.

II. Noi modalități de determinare a dizabilității

Prin prisma abordărilor holistice ale CIF-ului, cu trecerea de la modelul medical al dizabilității la modelul medico-social, noile modalități de determinare a dizabilității presupun 2 etape:

Tabelul 1

Criteria de evaluare a deficiențelor permanente în hipertensiunea arterială (exemplu)*

		Gradul 0 **	Gradul 1 **	Gradul 2	Gradul 3	Gradul 4
Gradul de deficiență permanentă totală (%)		0%	2-10%	11-23%	24-40%	45-65%
Gradul de severitate în %			2 4 6 8 10 (ABCDE) (Minimal)	12 14 17 20 23 (ABCDE)	24 28 32 36 40 (ABCDE) (Moderat)	45 50 55 60 65 (ABCDE) (Sever)
Anamneză		Asimptomatic	Asimptomatic	Asimptomatic NYHA grupul I	Asimptomatic sau dureri toracice NYHA grupul II	Asimptomatic sau cu semne de insuficiență cardiacă NYHA grupul III sau IV
Date fizice	Normalizarea TA doar prin modificarea dietei Nu se descoperă schimbări la examenul fizic, inclusiv examenul fundului de ochi	TA normalizată cu un singur medicament sau pre-hipertensiune fără tratament Nu se descoperă schimbări la examenul fizic, inclusiv examenul fundului de ochi	Pre-hipertensiune sau HA stadiul 1 la utilizarea terapiei multiple Posibile schimbări ale fundului de ochi caracteristice HA***	HA gradul 1 în pofida tratamentului multiplu Schimbări hipertensive evidente ale fundului de ochi	HA gradul 2 în pofida tratamentului multiplu Schimbări hipertensive evidente ale fundului de ochi	
Date paraclinice și de laborator****	Datele de laborator fără schimbări, nu-s semne de afectare a org. țintă ECG și ecocardiografia fără schimbări	Datele de laborator fără schimbări, nu-s semne de afectare a org. țintă ECG și ecocardiografia fără schimbări	Testul azot uree seric/creatinină în N Proteinurie sau schimbări în sedimentul urinei HVS de limită sau VS fără schimbări (la ecocardiografie)	Proteinurie sau schimbări în sedimentul urinei Niveluri sporite de azot, uree serice/creatinină Reducerea clearance-ul creatininei cu 20-50% de la N Evidențe ecocardiografice de HVS	Proteinurie sau schimbări în sedimentul urinei Niveluri sporite de azot, uree serice/creatinină Clearance-ul creatininei < 20% de la N Semne episodice de encefalopatie hipertensivă Afectări cerebrovasculare hipertensive Evidențe ecocardiografice de HVS severă, disfuncție diastolică și/ori semne de IC	

*NYHA – New York Heart Association; IC- insuficiență cardiacă; TA – tensiune arterială; ECG – electrocardiografie, HVS – hipertrofia ventriculului stâng;

** a folosi datele fizice în diferențierea Gradului 0 de Gradul 1

*** îngustarea arteriolelor retinei cu sau fără exsudat hemoragic

**** criterii de bază

Tabelul 2

Grade de evaluare a deficiențelor permanente cu aplicarea calificatorilor universali ai Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății*

Calificatori universali (ICF-CY, 2007, p. 21)	0 Fără probleme	1 Probleme ușoare	2 Probleme moderate	3 Probleme severe	4 Probleme extrem de severe, complete
Severitatea în % (ICF-CY, 2007, p. 21)	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%
Calificative ale problemelor în cuvinte	Absente, neglijabile	Ușoare	Medii	Severe, înalte	Totale

Notă. La moment, gradele de invaliditate în Republica Moldova prevăd următoarea scorare: grad ușor – cu deficiențe globale până la 24%, grad moderat – cu 25-49% deficiențe globale, gradul accentuat – cu 50-75% și gradul sever cu 76-100% deficiențe permanente. Scorarea (în %) și gradele de deficiențe și dizabilitate pot fi, eventual, adaptate la posibilitățile financiare ale republicii.

- 1) evaluarea deficiențelor permanente;
- 2) stabilirea gradului de dizabilitate în baza gradului deficiențelor permanente racordat la factorii de mediu (profesie, vârstă, gradul de adaptare, factori facilitatori și de barieră etc.).

1) Evaluarea deficiențelor permanente

Se recomandă trecerea la evaluarea în procente. Un prototip de evaluare în procente a deficiențelor permanente (în hipertensiune arterială) a se vedea tabelul 1 de mai jos.

Ca ghid de referință de bază pentru evaluarea deficiențelor permanente se recomandă "Ghiduri de evaluare a deficiențelor permanente. Asociația Americană a Medicilor", ediția a 6-a, 2007 (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, American Medical Association, Robert Rondinelli, 6th edition, 2007), la momentul actual aceasta fiind unica publicație din domeniu, în care se ține cont de criteriile de evaluare conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF, 2001). Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății CIF-CA, 2007, ediție care cuprinde și categoriile pentru copil și adolescent, presupune de asemenea, gradarea în procente (a se vedea tabelul 2 de mai jos). Această publicație oferă și posibilitatea calculării deficienței permanente în cazul când pacientul are mai multe afecțiuni (deficiențe) cu ajutorul unui tabel, ele în sumă nedepășind nici într-un caz 100%.

Calculul Gradelor de severitate ABCDE

Principii și reguli de calculare:

1. A folosi "Anamneza manifestărilor clinice", "Datele examenului clinic" sau "Rezultatele investigațiilor paraclinice" ca factori-cheie (în funcție de partea afectată a corpului sau afecțiune) pentru a da răspuns la subiectul *Gradul deficienței* din tabel, grade ABCD sau E, ca etapă inițială de evaluare a deficienței globale permanente. Dacă rezultatele sunt ambigue – apreciați ca grad mediu (grad C). Factorii-cheie sunt cei care stau la baza stabilirii gradului deficienței (3 rânduri de sus ale tabelului 1).
2. Adaptați clasa de afectare și în baza altor factori, factori non-cheie (ultimele 2 rânduri ale tabelului 1).
3. Sporți sau reduceți gradul inițial stabilit al deficiențelor, în caz că datele factorilor non-cheie sunt diferiți cu un grad sau mai multe (în funcție de diferență). Stabiliți procentul deficienței, acesta fiind unul preliminar.
4. În unele cazuri, la calculul gradului de deficiență va fi luat în considerație și povara tratamentului.

5. Combinați scorarea deficiențelor diferitor organe și sisteme (deficiențe multiple) pentru a calcula Scorul final al deficiențelor permanente (după tabel "Combined values Chart" p. 603 – Diagrama valorilor combinate), de exemplu Hipertensiune arterială, severitate gravă, 55% (C) plus Diabet zaharat severitate gravă, 22% (C) = 60%, plus tulburări vestibulare severitate medie 19% (C). Deficiența permanentă totală = 64%), care după tabelul CIF corespunde unui grad global sever de deficiență.

Evaluarea deficiențelor permanente va fi realizată de o echipă de experți și va fi finalizată cu un raport de evaluare. Rezultatele evaluării vor fi aduse la cunoștință după decizia comisiei imediat sau într-un termen de 3 zile. Dacă vor fi divergențe între membrii echipei de evaluare, decizia va fi luată prin votare cu simpla majoritate. Dacă va fie nevoie de investigații adăugătoare, pacientul va fi informat în ziua de evaluare. Evaluarea va vi efectuată cu consimțământul informat al pacientului sau reprezentantului său legal.

2) Stabilirea gradului de dizabilitate în baza gradului deficiențelor permanente racordat la factorii de mediu (profesie, vârstă, grad de adaptare, factori facilitatori și de barieră etc.)

Noua metodologie a stabilirii gradului de dizabilitate presupune folosirea unor standarde unice naționale (care urmează a fi elaborate). Ca instrumente de referință pentru elaborarea acestora și utilizarea lor se recomandă principiile și criteriile promovate de către OMS prin CIF și Instrumentele CIF. (Aceste instrumente nu oferă încă posibilitatea unui calcul strict matematic al gradului dizabilității, dar unele instrumente de evaluare a CIF, destul de precise, sunt în curs de elaborare).

Printre instrumentele CIF actuale de evaluare pot fi enumerate:

- a) **Inventarul de evaluare a dizabilității OMS (2010) WHO-DAS 2.0**, care are mai multe versiuni (versiuni prescurtate cu 12 itemi, versiuni complete cu 36 de itemi, versiuni care pot fi îndeplinite de către pacient sau reprezentantul legal, versiune îndeplinită de lucrătorul social sau medical etc.). Acest instrument oferă posibilitatea de a evalua dificultățile de realizare a activităților cu concentrarea pacientului pe perioada ultimelor 30 de zile. Interviu este despre dificultățile pe care le au persoanele din cauza stării de sănătate.

Aici se folosește același principiu de scorare CIF (a se vedea flashcardul 2 de mai jos).

Flashcard 2

1	2	3	4	5
Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Severe	Extrem de severe sau complete

Exemple de întrebări din acest interviu: Ce dificultăți ați avut în ultimele 30 de zile în: S1 – A sta în picioare pe o perioadă mai îndelungată, cum ar fi pe 30 de minute; S5 – Cât de afectat emo-

țional vă simțiți în legătură cu boala? S7 – În a parcurge pe jos o distanță mai mare (un km); S8 – A face baie întregului corp? H2 – În ultimele 30 de zile, câte zile ați fost total incapabil(ă) de a vă face activitățile obișnuite sau de serviciu din cauza bolii?

Tot aici se evaluează și ce tip de dificultăți are pacientul în realizarea activităților obișnuite în mediu, în ultimele 30 de zile; spre exemplu: necesită efort sporit, are disconfort sau durere, efectuează cu încetinire, are nevoie de schimbări ale modalității de realizare a activității.

Raport de evaluare a Deficiențelor Medicale Permanente (prototip)

Numele, prenumele pacientului _____

Data nașterii _____ Apartenența de sex: M, F _____

Adresa _____

Telefonul de contact _____

Nr de identitate _____

Data examinării _____

Data îmbolnăvirii _____

Diagnoza _____

Date generale (scopul examinării, procedura examinării, locul, acordul pacientului, cine a realizat examenul) _____

Anamneza funcțională _____

Rezultatele examenului _____

Rezultatele testelor (probelor) paraclinice, instrumentale și de laborator _____

Povara tratamentului (când este aplicabil) _____

Scorarea Deficiențelor cu argumentare: pe organe și pe sisteme

Partea corpului sau sistemul	Capitolul, pagina, tabelul	Factori- cheie și gradul	Modificatori ai gradului pentru: anamneza funcțională, examen fizic, clinic etc.	Grupul și gradul final folosit în evaluare (scorare)	Deficiența totală a persoanei (%)
1.					
2.					
3.					

Deficiența totală calculată a persoanei _____%

Protocol al discuțiilor și argumentărilor cu remarcarea unor note, argumente sau incertitudini _____

Recomandări: (diagnostice, de servicii) _____

Abilități de muncă, restricții de muncă (la cerere cu referire la activitățile precedente sau esențiale) _____

Examinator: Numele, prenumele medicului (litere de tipar) _____

Semnătura _____

Data _____

Locul examinării _____

b) Fișa de evaluare clinică (Checklist)

Această Fișă servește ca instrument practic pentru a scoate la iveală și a înregistra informația ce ține de funcționarea și dizabilitatea unei persoane. Această informație poate fi rezumată pentru evaluarea clinică sau socială. Fișa de față poate fi îndeplinită cu ajutorul CIF integral sau a versiunii prescurtate, de buzunar. În completarea acestei fișe se recomandă a folosi toată informația accesibilă: date înscrise, informații directe de la respondent, alte informații, observații directe. Dacă diagnosticul nu este cunoscut se sugerează a completa anexa 1 a acestei fișe, care cuprinde informație scurtă asupra stării de sănătate, care poate fi completată și personal de respondent.

Fișa de evaluare presupune utilizarea sistemului alfanumeric de codificare a funcțiilor, structurilor, activităților, participării, factorilor de mediu. Spre exemplu, în partea A, deficiențe ale funcțiilor corpului:

Partea 1: DEFICIENȚE ALE FUNCȚIILOR CORPULUI

- Funcțiile corpului constituie funcțiile fiziologice ale sistemelor corpului (inclusiv cele psihologice).
- Deficiențe sunt probleme ale funcțiilor corpului ca devieri semnificative sau pierdere totală.

Primul calificator: gradul deficienței

0 Fără deficiențe – persoana nu are probleme.

1 Deficiențe ușoare – problemele sunt prezente în < 25% din timp, cu o intensitate pe care persoana o poate tolera și care a avut loc rareori pe parcursul ultimelor 30 de zile.

2 Deficiențe moderate – problemele sunt prezente în < 50% din timp, cu un impact negativ asupra vieții cotidiene a pacientului și care a avut loc ocazional pe parcursul ultimelor 30 de zile.

3 Deficiențe severe – problemele sunt prezente în > 50% din timp, cu o intensitate care afectează viața cotidiană a pacientului și care a avut loc în fiecare zi din ultimele 30 de zile.

4 Deficiențe complete – problemele sunt prezente în > 95% din timp, cu o intensitate care afectează complet viața cotidiană a pacientului și care a avut loc frecvent pe parcursul ultimelor 30 de zile.

8 Nespecificat – informația este insuficientă pentru a specifica severitatea deficienței.

9 Neaplicabil – nu se aplică în cazul de față (exemplu: b650 – funcția menstruală la o fetiță sau la o femeie de vârstă înaintată).

Lista scurtă a Funcțiilor corpului		Calificator
b1. FUNCȚII MENTALE		
b 110	Conștiința	
b 114	Orientarea	
b 117	Intelectul (inclusiv, dizabilitate intelectuală (termen vechi – retard mental), demență)	

sau

b7. SISTEMUL MUSCULOSCHELETAL ȘI FUNCȚIILE DE MIȘCARE CORELATE		Calificator
b710	Mobilitatea articulațiilor	
b730	Puterea musculară	
b735	Tonusul muscular	

Sau partea 1b, deficiențe ale structurii corpului:

Partea 1b: DEFICIENȚE ALE STRUCTURILOR CORPULUI

- Structurile corpului sunt părți ale corpului, cum ar fi organele, extremitățile, componentele lor.
- Deficiențe sunt probleme în structură ca deviere semnificativă sau pierdere totală.

PRIMUL CALIFICATOR: GRADUL DEFICIENȚEI	CALIFICATORUL DOI: NATURA SCHIMBĂRI-LOR
0 Fără deficiențe – persoana nu are probleme	0 Nu sunt modificări structurale
1 Deficiențe ușoare – problemele sunt prezente în < 25% din timp, cu o intensitate pe care persoana o poate tolera și care a avut loc rareori pe parcursul ultimelor 30 de zile	1 Absența completă
2 Deficiențe moderate – problemele sunt prezente în < 50% din timp, cu un impact negativ asupra vieții cotidiene a pacientului și care a avut loc ocazional pe parcursul ultimelor 30 de zile	2 Absența parțială
3 Deficiențe severe – problemele sunt prezente în > 50% din timp, cu o intensitate care afectează viața cotidiană a pacientului și care a avut loc în fiecare zi din ultimele 30 de zile	3 Parte suplimentară
4 Deficiențe complete – problemele sunt prezente în > 95% din timp, cu o intensitate care afectează complet viața cotidiană a pacientului și care a avut loc frecvent pe parcursul ultimelor 30 de zile	4 Dimensiuni aberante
8 Nespecificat – informația este insuficientă pentru a specifica severitatea deficienței	5 Discontinuitate
9 Neaplicabil – nu se aplică în cazul de față (exemplu: b650 – funcția menstruală la o fetiță sau la o femeie de vârstă înaintată)	6 Poziție deviantă
	7 Schimbări calitative în structură, inclusiv acumulare de lichid
	8 Nu se specifică
	9 Nu se aplică

LISTA SCURTĂ A STRUCTURILOR CORPULUI	Primul calificator: gradul deficienței	Calificatorul doi: natura schimbărilor
s1. STRUCTURA SISTEMULUI NERVOS CENTRAL		
s110. creierul		
s120 măduva spinării și nervii periferici		
s2. STRUCTURA OCHILOR, URECHILOR ȘI STRUCTURILOR ADIACENTE		

Partea 2: LIMITĂRI DE ACTIVITATE ȘI RESTRIȚII DE PARTICIPARE

- Activitatea – executarea unei sarcini sau a unei acțiuni de către un individ.
- Participarea – implicarea în situațiile de viață.
- Limitarea activității – dificultăți pe care un individ le poate avea în a executa activități.
- Restricții de participare – probleme pe care un individ le poate întâmpina prin implicarea în situații de viață.

Calificatorul de performanță indică gradul de restricție a participării prin descrierea performanței actuale a persoanelor a unei sarcini sau acțiuni în condițiile firești ale mediului. Deoarece condițiile de mediu țin de contextul social, performanța poate fi, la fel, înțeleasă ca ”implicare într-o situație de viață” sau

”o experiență trăită” a persoanelor în contextul actual, în care ei trăiesc. Acest context include factorii de mediu – toate aspectele lumii fizice, sociale și atitudinale, care pot fi codate folosind mediul. Calificatorul de performanță măsoară dificultățile pe care le suportă respondentul în realizarea activităților, presupunând că el dorește să îndeplinească aceste activități.

Calificatorul de capacitate indică gradul de **restricție a activității**, prin descrierea **abilității persoanei** în executarea unei sarcini sau acțiuni. Calificatorul de capacitate se axează pe limitările inerente sau intrinsece ale persoanei. Aceste limitări trebuie să fie manifestări directe ale stării de sănătate.

Primul calificator: Performanță (Grade de restricție a participării)	Calificatorul doi: Capacitatea (fără asistență)
<p>0 Fără dificultăți – persoana nu are probleme</p> <p>1 Dificultăți ușoare – problemele sunt prezente în <25% din timp, cu o intensitate pe care persoana o poate tolera și care a avut loc rareori pe parcursul ultimelor 30 de zile</p> <p>2 Dificultăți moderate – problemele sunt prezente în <50% din timp, cu un impact negativ asupra vieții cotidiene a pacientului și care a avut loc ocazional pe parcursul ultimelor 30 de zile</p> <p>3 Dificultăți severe – problemele sunt prezente în >50% din timp, cu o intensitate care afectează viața cotidiană a pacientului și care a avut loc în fiecare zi din ultimele 30 de zile</p> <p>4 Dificultăți complete – problemele sunt prezente în >95% din timp, cu o intensitate care afectează complet viața cotidiană a pacientului și care a avut loc frecvent pe parcursul ultimelor 30 de zile</p> <p>8 Nespecificate – informația este insuficientă pentru a specifica severitatea dificultății</p> <p>9 Ne aplicabil – nu se aplică în cazul de față</p>	

Partea 3. FACTORI DE MEDIU

Factorii de mediu sunt factorii fizici, sociali, atitudinali în care trăiește pacientul.

La factorii de mediu se folosesc calificatorii pozitivi și negativi: facilitatori și bariere.

xxx.0	Nu sunt obstacole	inexistent, absent, neglijabil	0-4%
xxx.1	Obstacol ușor	ușor, scăzut	5-24%
xxx.2	Obstacol moderat	mediu, destul de	25-49%
xxx.3	Obstacol sever	ridicat, extrem de ridicat	50-95%
xxx.4	Obstacol complet	în totalitate	96-100%

xxx.+0	Nu sunt facilitatori	inexistent, absent, neglijabil	0-4%
xxx.+1	Facilitator ușor	ușor, scăzut	5-24%
xxx.+2	Facilitator moderat	mediu, destul de	25-49%
xxx.+3	Facilitator substanțial	ridicat, extrem de ridicat	50-95%
xxx.+4	Facilitator complet	în totalitate	96-100%

xxx.8	Obstacol nu se specifică		
xxx.+8	Facilitator nu se specifică		
xxx.9	Nu se aplică		

Aici, la fel, evaluarea se face după o listă scurtă a factorilor de mediu: e1. PRODUSE ȘI TEHNOLOGII, e2. FACTORI NATURALI ȘI UMANI, e3 SUPORT ȘI RELAȚII, e4. ATITUDINI, e.5. SERVICII, SISTEME, POLITICI, ALȚI FACTORI DE MEDIU.

Partea 4: ALȚI FACTORI CONTEXTUALI ȘI FACTORI PERSONALI

Această versiune clinică a Fișei de evaluare este destinată lucrătorilor medicali sau sociali, nu este una atotcuprinzătoare și poate fi completată cu alte categorii din CIF.

c) Seturile de categorii (ICF Core Sets)

Scopul acestor seturi este de a selecta din multitudinea de categorii ale CIF un standard minim sau mai extins de categorii aplicabile pentru o evaluare complexă. Seturile de categorii au fost definite ca ”o listă de categorii CIF care ar include un minim de categorii pentru a fi practice în utilizare, dar atâtea câte ar fi suficiente pentru a oferi posibilitatea unei evaluări comprehensive a unui spectru tipic de probleme la un pacient cu o problemă specială” (Cieza și coaut., 2004). La moment sunt elaborate Seturi de categorii pentru 12 stări clinice, procesul de elaborare (ca, de fapt, și a altor instrumente CIF) fiind în derulare continuă.

Concluzii

1. Modelul biopsihosocial al CIF și instrumentelor ei integrează partea medicală și psihologică (diagnosticul) cu aspectele psihosociale ale vieții (trăsături ale persoanei, abilități de depășire, suport social etc.), oferind posibilități egale de evaluare a tuturor factorilor cu impact asupra sănătății și funcționării. În majoritatea țărilor dezvoltate, CIF este implementat în domeniile medicale și sociale, de statistică și de management informațional, de cercetare cu evaluarea rezultatelor intervențiilor, calității vieții, factorilor de mediu, ca instrument clinic în planificarea tratamentului, evaluării vocaționale și rezultatelor reabilitării, instrument de politici sociale și dezvoltarea sistemului de compensație, instrument de educație și elaborare a planurilor de studii.
2. Cea mai importantă contribuție a CIF pentru sistemul de sănătate este oportunitatea pentru toți actorii din domeniile ce țin de ocrotirea sănătății și asistență socială, consumatori și furnizori de servicii, de a participa pe deplin în cooperarea interdisciplinară continuă pentru îmbunătățirea intervențiilor în sistemul de sănătate, în susținerea persoanelor cu dizabilități pentru a-și realiza maximal potențialul și pentru participarea lor neîngrădită în viața societății.
3. În baza CIF se dezvoltă instrumente de evaluare individualizată de o precizie mare; în multe țări deja există protocoale în baza modelului CIF în domeniul reabilitării psihologice, nursing, terapie ocupațională, fizioterapie etc. și sisteme computerizate de măsurare a domeniului Activități din CIF. În unele țări au apărut și primele Manuale Procedurale de aplicare standardizată a CIF. Implementarea modelului CIF și a instrumentelor acesteia în Republica Moldova necesită timp și instruirea personalului pentru a opera cu acestea.

Bibliografie

1. American Medical Association. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th edition. Robert D. Rondinelli, 2008. <http://www.amazon.com/Evaluation-Permanent-Impairment-American-Association/>.
2. Assessing disability in Europe – similarities and differences. Integration of people with disabilities. Council of Europe Publishing. March, 2003.
3. Assessing Disability In Europe – Similarities and Differences. Report drawn up by the Working Group on the assessment of person-related criteria for allowances and personal assistance for people with disabilities. *Council of Europe Publishing*. 2003;2.
4. Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health could be used to measure functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62:899-911.
5. Criteriu medico-social de încadrare în grad de handicap din 31/08/2007. *Monitorul Oficial* p 1 nr 885bis din 27/12.2007. Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de șanse. România.
6. ICF Checklist. Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2001.
7. ICF Core sets for chronic ischemic heart disease. *J.Rehabil. Med.* 2004;(suppl.44):94-99.
8. ICF Core sets for obstructive pulmonary diseases. *J.Rehabil. Med.* 2004;(suppl.44):114-120.
9. ICF-CY questionnaire. Version 1.b, 3-6 years (for field trial purpose only). International classification of functioning, disability and health (version for children and youth- who work group 2003). *ICFCY@unc.edu*
10. ICF Australian User Guide, Version 1.0, October, 2003.
11. ICF version for children and youth (ICF-CY) and field testing in Sweden. Fourth Nordic-Baltic Conference on ICF. Tallin, 2005.
12. Legea nr.169 din 09.07.2010 pentru aprobarea Strategiei de incluziune Socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013), Parlamentul Republicii Moldova.
13. Whodas 2.0 World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. ustunb@who; <http://www.who.int/classifications/icf/whodas>
14. WHO (1980). International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH).
15. WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health.
16. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății. OMS, 2001, traducere în română, 2004.
17. WHO (2007). International Classification of Diseases, 10th edition.
18. WHO (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version.
19. Zampolini M. ICF concepts and their application in real life. 2009.
20. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. МВ. Коробова, ВГ. Помникова. Изд. 3-е, перераб. и дополн. СПб.: Гиппократ, 2010;1032.

Aprecierea serviciului asistenței medicale primare din municipiul Chișinău prin prisma calității serviciilor acordate

C. Ețco, *G. Buta

Ministry of Health, Department of Analysis, Monitoring and Politics Evaluation
Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: tel. 022268813. E-mail: galina.but@ms.gov.md
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Assessment of primary health care service in Chisinau from the angle of to quality services

This paper presents the results obtained in the performance of the thesis. Patients were studied opinion on the organization of primary care services and quality of services provided. Proportion of patients dissatisfied with the quality of medical care is high. However, multivariate analysis revealed that the main factors shaping discontent in cases not related to organizational issues, and on the personal relationships between family doctors and patients.

Key words: primary care, quality of care, criteria for assessing the activity.

Оценка первичной медицинской службы муниципия Кишинэу через призму качества оказанных медицинских услуг

В данной работе представлены результаты, полученные при выполнении диссертационной работы. Было изучено мнение пациентов об организации первичной медицинской службы и качестве оказываемых услуг. Доля недовольных пациентов качеством медицинского обслуживания высокая. Однако, в многофакторном анализе выявлено что основные факторы формирующие недовольство в большинстве случаев связана не с организационными вопросами, а с межличностными отношениями между семейными врачами и пациентами.

Ключевые слова: первичная медицинская служба, качество медицинских услуг, критерии оценки деятельности.

Introducere

Cel mai mare tezaur al unui stat este poporul său și, cu precădere, populația sănătoasă, deoarece anume aceasta este forța ce determină în mod decisiv dezvoltarea și prosperarea lui. Conform declarației Organizației Națiunilor Unite (ONU), sănătatea este una dintre derivatele dreptului fundamental al omului la viață [17].

Sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci și una socială, complexă, multicomponentă, care influențează întreaga societate. În acest context, orice reformă socioeconomică implică evidențierea problemelor proprii față de etapa anterioară. Aceste probleme impun o rezolvare promptă, la un nivel calitativ nou, net superior [1, 2, 3, 6, 8].

Starea de sănătate a populației Republicii Moldova din anii